

ISSN: 1667-8044

Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal
Vol. 5 - Nº 1 y 2 - Rosario, Enero - Diciembre de 2002

Investigación en Salud



Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Índice

Artículos originales

Delitos sexuales en el Departamento Rosario (Santa Fe, Argentina) en los años 1998-1999	5
Poudes, G. R.	
Evaluación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN-Rosario)	19
Aronna, A.	
Proceso educativo y estrés asistencial en el Sistema de Residencias	39
Orlando, M.; Huerta, A. M.; Gibbons, L.	
Participación Social en salud y Bioética: un comité hospitalario de bioética de la ciudad de Rosario.	63
Mihal, I.	
Identificación de virotipos de escherichia coli aislados de alimentos listos para el consumo	75
Voltattoni, P.; Hofer, C.; Redolfi, A. L.; Figueroa, P.; Aquili, V.; Ebner, G.; Ferrer, V.; Dueñas, S.; Baita, L.; Monteverde, M.; Fernández, L.; Balagué, C.	
Comentario: Beatriz Martinelli	
Revisión sistemática de la OMS de los estudios controlados aleatorizados de control prenatal de rutina	85
Carroli, G.; Villar, J.; Piaggio, G.; Khan-Neelofur, D.; Gulmezoglu, M.; Mugford, M.; Lumbiganon, P.; Farnot, U.; Bersgi, P.	
Revisiones y/o actualizaciones	
Estrategia frente al Sarampión	99
Salazar, R.	
Relatos de experiencias	
Intoxicación con formulaciones líquidas comerciales de paracetamol en niños.	117
Prada, D. B.; Piola, J. C.; Ezpeleta, D.; Evangelista, M.	
Violencia y victimización social. Nuevas y viejas formas de cronicidad en Salud Mental.	123
Torres, L. M.	
Búsqueda activa de casos de sarampión en Rosario, Argentina	135
Liborio, M.; López, C.; Benegas, L.; Balparda, L.; Salazar, R.; Ercole, M.; Ternero, M. E.; Befani, J.; Uboldi, A.; Vance D.	
Normas de Publicación	143

Index

Original Articles

- Sexual crimes at Rosario District during 1998-1999.** 5
Poudes, G. R.

- Mother-child and Nutrition Programme evaluation (PROMIN-Rosario).** 19
Aronna, A.

- Teaching/ learning process and working stress in Medical Residences.** 39
Orlando, M.; Huerta, A. M.; Gibbons, L.

- Bioethic and Social Participation in health: a bioethic committee in a hospital of Rosario city.** 63
Mihal, I.

- Identification of escherichia coli virotypes isolated from ready-to-eat food.** 75
Voltattoni, P.; Hofer, C.; Redolfi, A. L.; Figueroa, P.; Aquili, V.; Ebner, G.; Ferrer, V.;
Dueñas, S.; Baita, L.; Monteverde, M.; Fernández, L.; Balagué, C.
Comment: Beatriz Martinelli

- WHO Systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care.** 85
Carroli, G.; Villar, J.; Piaggio, G.; Khan-Neelofur, D.; Gulmezoglu, M.; Mugford, M.;
Lumbiganon, P.; Farnot, U.; Bersgi, P.

Reviews and/ or updates

- Strategy for coping with measles.** 99
Salazar, R.

Experience reports

- Intoxication with Paracetamol liquid commercial presentation in children.** 117
Prada, D. B.; Piola, J. C.; Ezpeleta, D.; Evangelista, M.

- Violence and social victimization. New and old profiles of chronicity** 123

in Mental Health field.

Torres, L. M.

- Active search of measles cases in Rosario, Argentina** 135
Liborio, M.; López, C.; Benegas, L.; Balparda, L.; Salazar, R.; Ercole, M.;
Ternero, M. E.; Befani, J.; Uboldi, A.; Vance D.

- Publication rules** 143

Editorial

A pesar de la profunda crisis por la que atraviesa nuestro país, nos enorgullece poder presentar esta segunda entrega de la Revista durante el corriente año.

Sin subsidios económicos externos pero contando con el apoyo metodológico permanente del Área de Investigación en Salud, la Secretaría de Salud Pública sigue empeñada en el sostenimiento de esta publicación científica.

Esta segunda entrega es el resultado de la decisión adoptada por el Comité Editorial de recuperar los tiempos comprometidos inicialmente en la periodicidad de la Revista, postergando por ahora la utopía de desagregar dos números por cada volumen.

Merece destacarse que nuestro retraso en la publicación no guarda, sin embargo, relación alguna con los avances logrados en los últimos años en términos de las actividades de capacitación y producción científica que desarrolla la Secretaría de Salud Pública.

En efecto, a los cursos de formación metodológica para cientos de profesionales y los talleres de apoyo y asesoría a grupos interesados en el desarrollo de proyectos, actividades ya instaladas como componente reconocido de la práctica de los servicios de salud, se suman hoy dos importantes concreciones.

En primer lugar, la creación del Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública, de conformación interdisciplinaria "cuya función principal" es "la revisión y seguimiento de protocolos de investigación que se desarrollen en los efectores de salud, resguardando el respeto por la dignidad humana y sus derechos fundamentales, promoviendo el acatamiento de los principios bioéticos en todas las etapas del proceso". (Resolución N° 342 del 23-08-02)

En segundo término, está la celebración de un Convenio Específico de Colaboración entre la Universidad Nacional de Rosario y la Secretaría de Salud Pública, cuyo "objeto es la formalización y articulación de actividades científico-tecnológicas en el área de salud" (Resolución N° 334 del 22-08-02), en coherencia con los documentos conceptuales y metodológicos de la iniciativa "La Salud Pública en las Américas"¹, para "... mejorar la práctica de la Salud Pública en los niveles nacionales y subnacionales...".

La celebración de este Convenio responde plenamente a una de las doce "funciones esenciales de Salud Pública"², reconocidas en la iniciativa aludida³, la n° 10 que refiere a investigación y que incluye como una de las responsabilidades de las autoridades sanitarias "el establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, intra y extrasectoriales, para realizar oportunamente estudios que apoyen la toma de decisiones"... "en todos sus niveles y en lo más amplio de su campo de acción".

Conjuntamente con ésta, otras dos responsabilidades son "la investigación rigurosa"... también en apoyo de "la toma de decisiones" y "la implementación y el desarrollo de soluciones innovadoras en salud pública cuyo impacto pueda ser medido y evaluado", ambas claramente implicadas en los fundamentos que orientan el desarrollo del Área de Investigación en Salud.

Reconociendo la consistencia de nuestra propuesta con las recomendaciones de OPS/OMS, nuestra experiencia de trabajo, de contacto directo con investigadores y profesionales de la Secretaría de Salud Pública, confirma ampliamente que la investigación en la práctica de los servicios de salud favorece el pensamiento crítico y renovador frente al proceso de trabajo, desburocratizándolo y ha-

1 Coordinada por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) de OPS/OMS, julio 2001

2 Definidas como condiciones que permiten una mejor práctica de la Salud Pública

³ Resolución CD 42. R 14. Funciones Esenciales de Salud Pública. 42º Consejo Directivo de OPS. Washington, D.C. 25 al 29 de septiembre de 2000.

ciéndolo más transparente, promueve optimizar la calidad de la atención y racionalizar la gestión de los servicios, genera más compromiso y más satisfacción de los profesionales con su propia práctica.

Cabe agregar a lo anterior, que desde la perspectiva de las relaciones interpersonales en que todo el tiempo se asienta el trabajo en salud, la participación de los profesionales en la actividad investigativa, entendida ésta como una práctica develadora, está contribuyendo fundamentalmente a la construcción de equidad en la distribución del poder y el saber en salud.

Comité Editorial

Delitos sexuales en el Departamento Rosario (Santa Fe, Argentina) en los años 1998-1999*.

Sexual crimes at Rosario District during 1998-1999.

Poudes, Gabriela R. (1)

RESUMEN

El trabajo tuvo por objetivos analizar la incidencia de los delitos sexuales en el Municipio de Rosario durante 1998-1999, intentando relacionar las características de las víctimas con la calificación inicial de estos delitos al momento de la denuncia y las lesiones detectadas a partir del examen médico legal.

Los resultados obtenidos reafirman lo verificado por otros estudios nacionales y extranjeros: que los abusos y violaciones tienen por víctimas principalmente a las mujeres y particularmente a niñas y adolescentes. El estudio permitió demostrar la importancia creciente de esta problemática a nivel local, estimándose que la incidencia de casos de denuncias por violación no sería menor a 150 anuales, cifra significativamente mayor a la obtenida 20 años atrás (número estimado 40 casos).

La fuerte asociación que vincula la ocurrencia del hecho en lugar cerrado con el conocimiento previo del imputado del delito y con la menor de edad de la víctima, apunta a una problemática de violencia sexual familiar y de su entorno, derivando en la necesidad de enfoques especiales para su tratamiento y de profundización mediante

otros estudios epidemiológicos.

Los casos analizados abren la posibilidad de hacer un seguimiento para conocer cuáles y cuántos llegaron a sentencia firme, investigar la respuesta efectiva que se está dando a esta temática y fundamentalmente profundizar sobre los factores causales o de riesgo de ser víctimas de estos delitos, de cuyo conocimiento podrían encararse medidas de prevención y producir reales impactos en la sociedad.

PALABRAS CLAVE: Abusos sexuales - Violaciones - Procedimiento judicial - Denuncia policial - Examen médico legal

SUMMARY

The study had by objectives to analyze the incidence of the sexual crimes in the Municipality of Rosario during 1998-1999, trying to relate the characteristics of the victims to the initial qualification of these crimes at the time of the denunciation and the injuries detected from the legal medical examination.

The obtained results reaffirm the verified by other national and foreign studies, that the

* Trabajo de investigación para acceder al título de Médico Legista (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario).

- El trabajo contó con la asesoría y participación directa de la Est. Mat. Z. Torres de Quinteros y L. Gibbons para la elaboración del artículo.

(1) Médica Legista y Especialista en Endocrinología y Nutrición

abuses and rapes mainly have by victims women and particularly juniors. The study allowed to demonstrate the increasing importance of this problematic at local level, being considered that the incidence of confirmed cases of rapes would not be smaller to 150 annual, number significantly greater compared to the one obtained 20 years ago (estimated number 40 cases).

The strong association that ties the occurrence of the fact in a closed place with the previous knowledge of the imputed of the crime and with the less age of the victim, points to a problematic of familiar sexual violence and its surroundings, leading to the necessity of special approaches for its treatment and by means of other epidemiologic studies.

The analyzed cases open the possibility of making a pursuit to know which and how many cases arrived to firm sentence, to investigate the effective answer to this thematic and fundamentally to deepen on the causal factors or of risk of being victims of these crimes, of whose knowledge they could be faced measures of prevention and to produce real impacts in the society.

KEY WORDS: Sexual abuse - Rape - Police report - Legal medical examination - Judicial proceedings

INTRODUCCIÓN

Existe una clara tendencia mundial al aumento del delito de agresión sexual (violación o abuso), aunque se trata de un delito con importantes subregistros. La estimación es que sólo es denunciada 1 de cada 10 violaciones según diferentes publicaciones.

Cobo Plana, J. (1998), en su libro "Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual", se plantea en el caso del abuso de menores de edad: "¿ha aumentado la prevalencia o bien ha aumentado la denuncia, el aislamiento de casos, el reconocimiento médico o incluso la preocupación social que al aumentar su cultura no tolera estas situaciones como aceptadas y normales?" (...)

"La agresión sexual es uno de los actos violentos que provoca las más complejas y graves consecuencias para sus víctimas. Además, genera un

procedimiento judicial y una investigación policial, con particulares dificultades que responden tanto a la escasez de pruebas como a la inespecificidad de muchos de sus aspectos" (1).

La violación, dentro de los delitos sexuales "es un crimen oculto a pesar de que todos conocemos su existencia. Siempre pensamos que es algo que le sucede a otro/as, que es algo que sucede lejos, fuera de nuestro círculo, que es algo que no pertenece a nuestro mundo sino a otro" (2).

Otros autores refieren que "La violación es un problema de Salud Pública que involucra una perspectiva multidisciplinaria: médica, jurídica, psicológica y sociológica; demanda de un tratamiento asistencial ya que este tipo de agresión sexual deja efectos psicológicos negativos a corto y largo plazo. Una de las razones por la que este problema no se atiende bajo la perspectiva de la Salud Pública es la falta de datos; la principal causa puede ser la dificultad para la obtención de información" (3).

"El ambiente social influye de manera decisiva en la producción de los delitos sexuales. Son muchos más frecuentes en las grandes urbes que en el medio rural, y lo son, sobre todo, en los distritos industriales, lo que depende de la influencia negativa del entorno socio-económico, la educación y las costumbres del ambiente inmediato. Se ha descrito una frecuencia creciente en los últimos años de los atentados en el propio domicilio de la víctima. Se observa, igualmente, una variación estacional con un aumento sensible de la frecuencia en los meses de primavera y verano. Incluso se ha señalado una punta horaria para estos delitos, localizada en la tarde y primeras horas de la noche" (4).

"El abuso sexual de niños constituye un problema cotidiano y universal. Es una forma del maltrato infantil y en el que más frecuentemente no se alcanza el diagnóstico. Su ocurrencia en la privacidad del hogar, la auto-culpabilización de la víctima y los tabúes que rodean la sexualidad, son algunos de los elementos que contribuyen eficazmente al ocultamiento. Además, es habitual que el diagnóstico no pueda basarse en hallazgos físicos concluyentes y bien objetivables, los que, en muchos casos, faltan por completo."

La falta de uniformidad en la definición del abuso sexual es uno de los obstáculos en la comprensión del fenómeno. El National Center

for Child Abuse and Neglect lo define como *"La utilización de un niño por un adulto para su estimulación o para la gratificación sexual de otras personas en pornografía o prostitución infantil. Las conductas abusivas comprenden exhibicionismo, besos o caricias erotizadas y el contacto oral, rectal o genital"... "Con mucha frecuencia el abuso sexual se ejerce en el propio medio familiar por parte de personas vinculadas al niño, constituyendo una forma específica de violencia doméstica, acompañada o no de otras variantes como el maltrato físico o privación afectiva."*(5).

Según un estudio realizado por la Delegación Española de la ONG Save the Children, se estima que en España el 23% de las niñas y el 15 % de los niños sufre abusos sexuales antes de los 17 años, y que en el 46% de los casos se repiten estos abusos más de una vez sobre la misma víctima. Este estudio añade que, en uno de cada cuatro casos de abusos sexuales infantiles se trata de conductas muy íntimas y exigentes, como el coito vaginal o anal, el sexo oral y la masturbación. Considera como factores de riesgo: ser niña, tener entre 10 y 13 años y tener problemas familiares. Concluye afirmando que el 30% de las víctimas no le cuenta el problema a nadie (6).

Diferentes estudios, vienen a corroborar que no todos los menores que sufren abusos sexuales, son asistidos por personal médico y mucho menos son conocidos a nivel judicial, es decir, no se denuncian. Esto es debido a que en numerosas ocasiones, el abuso sexual no produce daño físico, aunque sí psicológico, como ocurre cuando existen tocamientos y, además, con frecuencia, el niño oculta lo ocurrido por respeto o temor hacia el adulto que abusó de él. Para algunos autores, se acepta que por cada caso detectado de malos tratos, existen otros diez sin detectar, lo que da una idea de la magnitud del problema (7).

Las modalidades de los delitos sexuales en Argentina, pueden configurarse en diferentes tipos penales, según la norma en vigencia desde 1999 (Ley 25.087).

En síntesis, comprende:

a) Abuso sexual simple, abuso sexual por sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima y abuso sexual con acceso carnal.

b) Abuso sexual por aprovechamiento de la inmadurez sexual de la víctima,

c) Sustracción o retención de una persona

para menoscabar su integridad sexual.

Todos estos delitos según el nuevo artículo 72 del Código Penal, son dependientes de instancia privada, lo cual implica que para iniciar una causa penal es necesario que la víctima inste personalmente a la acción penal. Para ello puede contar con asesoramiento o representación para tal acto. (8)

Si bien el texto de la nueva Ley penal de 1999 no menciona a la violación, ésta es entendida como abuso sexual con acceso carnal.

Una característica saliente de la bibliografía consultada, es que se sostiene que los delitos de agresión sexual, violación y abuso, no son registrados adecuadamente tanto para aportar información suficiente como para el proceso y la investigación judicial, que no se disponen de bases de datos estadísticos, que muchas denuncias en las que no se reportan lesiones son desestimadas a priori y que muchos casos no son denunciados, sino años más tarde, cuando la víctima concurre a la consulta con secuelas físicas y psíquicas, a veces irreparables. Muchos de los autores concluyen con la opinión generalizada de no conocer la realidad de este tipo de violencia en la sociedad.

Una publicación sobre la incidencia de violación en la ciudad de Rosario (1976-1979) toma como punto de partida la insuficiencia de la información precedente de este delito, considerando que plantea problemas especiales desde el punto de vista legal, médico y de la investigación policial. Partiendo de los registros de los Consultorios Médicos Forenses de los Tribunales Provinciales de Rosario, se encontró que el mayor número de violaciones ocurría en mujeres de 7 a 14 años (45.6%), seguido por las de 15 a 19 años (37.5%) y demostrando que en nuestro medio existe una clara tendencia a que las niñas y mujeres jóvenes sean las más afectadas por este delito. Con una incidencia sensiblemente menor, entre los hombres que denunciaron haber sido violados, también predominó el grupo de edades de 8 a 14 años. De los 201 casos de denuncias de violaciones en mujeres y 21 correspondientes a hombres, el 20.3% no evidenció signos de lesiones y desfloración y la investigación policial resultó negativa, derivando en una incidencia estimada para el período 1976-1979 de alrededor de 40 casos confirmados anualmente.

Reconociendo la insuficiencia de pruebas

confirmatorias del diagnóstico de violación que conducen a una subestimación del problema a nivel local, el autor concluye, además, que no pudo disponer de datos que hubieran sido de interés para el trabajo, particularmente sobre la relación del agresor con la víctima (conocido o desconocido) y del lugar del hecho, y, acerca de una falta de reconocimiento de la responsabilidad particular de la intervención médico legal en los casos de delitos sexuales, de la importancia de la pericia y de la obtención de pruebas, elementos claves que permitirían la condena del agresor. Finalmente, que la falta de testigos y de pruebas aportadas por la Medicina Legal podrían explicar en parte el mínimo de inculpadados por estos delitos que fueron condenados. (9)

Partiendo del supuesto de la persistencia del subregistro de información sobre delitos sexuales en nuestro medio e intentando profundizar en el tema desde la perspectiva de los abusos sexuales (Ley 25087 de 1999), se planteó analizar los registros de la División de Medicina Legal Policial de la Unidad Regional II del Departamento Rosario durante 1998 y 1999, tipificando el tipo de lesiones consecuentes, características de la víctima, del hecho y del acusado del delito.

Integrando las distintas fuentes de registro de estos delitos, se intentó una mejor aproximación a la reconstrucción de los hechos a los efectos de elaborar propuestas generales en el campo de la prevención y tratamiento de esta problemática.

Del mismo modo, hacer aportes a los agentes sociales que tienen a su cargo la atención de víctimas de agresiones sexuales (trabajadores sociales, psicólogos, educadores sexuales, médicos, epidemiólogos, efectores de salud, policías, jueces, criminólogos, legisladores, organizaciones no gubernamentales, etc.), tanto para el emprendimiento de futuras investigaciones, como, en lo inmediato, contribuir al ejercicio de la justicia en la aplicación de la ley.

OBJETIVOS

- Analizar la incidencia de denuncias por delitos sexuales en el Departamento de Rosario (Pcia. de Santa Fe) en los años 1998 y 1999 según zonas del Municipio y dependencias policiales del registro, calificación inicial de las mismas y

acceso de las víctimas al examen médico-legal.

- Analizar las características de las víctimas (edad, sexo, estado civil, estado psíquico, escolaridad y ocupación) y del hecho (mes, día, hora y lugar, lesiones derivadas, tipificación del delito y conocimiento previo del acusado por parte de la víctima) y sus relaciones según calificación inicial del delito.

METODOLOGIA

Se realizó un relevamiento total de los registros de todas las personas que denunciaron delitos sexuales de instancia privada, violación y abuso sexual, obrantes en las seccionales policiales del Departamento de Rosario y en el CAVDS¹ que fueron examinadas en la División de Medicina Legal Policial, dependiente de la Unidad Regional II de Policía, en el período de dos años entre el 1º de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 1999.

El examen médico-legal es realizado por los médicos de la División de Medicina Legal Policial en el consultorio de la Dependencia mencionada. Dicho examen, para nuestra Justicia, es un informe "técnico pericial prima facie", solicitado de acuerdo con los artículos 188 y 217 del Código Procesal Penal de la Provincia de Santa Fe, con conocimiento del Juez de Instrucción en turno. Se constituye en el primer informe médico luego de denunciado el hecho por delito sexual, que a veces puede ser decisivo y forma parte de las actuaciones sumariales.

Todos los informes se vuelcan en un libro de guardia, donde las víctimas o sus padres o tutores firman consentimiento con la realización del examen y acuerdo con los contenidos de los mismos. Otro procedimiento de rutina es la toma de muestras para el Laboratorio de criminalística, luego del examen, siempre y cuando se dé la aceptación de la víctima o acompañante.

A los efectos del estudio se elaboró un protocolo de trabajo para centralizar la información -del examen médico legal y al momento de la denuncia- y ampliarla con otros datos que no se recaban de rutina, a saber: situación socio-económica de las víctimas, perfil psicológico y estado emocional al momento del examen pericial como también, características de los imputados como agresores, resultantes del examen en los lugares

de detención.

Sin embargo, ciertas dificultades administrativas y técnicas, por no contar con personal especializado, impidieron su utilización sistemática, aunque para alguna información hubo cierta uniformidad de criterios siguiendo normativas de orden superior. En ese sentido, ante la falta de información, las seccionales policiales donde se habían efectuado las denuncias fueron consultadas a los fines de completar los datos requeridos por el estudio.

Todos los datos relevados de los registros del examen médico legal y los recabados adicionalmente, se volcaron a una planilla de cálculo de Excel 97 y se constituyó una base codificada a los fines del análisis. Las técnicas estadísticas utilizadas fueron el Test de Kolmogorov-Smirnov² y los modelos loglineales³.

RESULTADOS

Se registraron un total de 440 casos de denuncia por abuso o violación en el Departamento Rosario, 208 casos en el año 1998 y 232 en el año 1999. De las variables de interés para el estudio, hubo que descartar el análisis de la situación social y económica de las víctimas, el estado emocional al momento de la denuncia, como también ciertas características de los imputados como agresores por el importante subregistro de los datos correspondientes.

A. Características de las denuncias

De la totalidad de los casos, 373 correspondieron a la ciudad de Rosario y el resto (67 casos) a localidades vecinas⁴.

Considerando para cada año el lugar de la

denuncia (Gráfico 1), se observó una declinación para el año 1999 de las denuncias radicadas en las seccionales policiales agrupadas en 4 distritos⁵: centro, norte, oeste y sur, en compensación a una mayor afluencia de casos denunciados en el CAVDS, que reunieron el 25% del total de ese año.

Resultaron de poca importancia relativa las denuncias de las dos divisiones policiales que funcionan en la Jefatura Central de la Unidad Regional II, Seguridad Personal y División Judicial.

Sin variantes significativas entre 1998 y 1999, alrededor de un 15% de las denuncias correspondió a casos derivados por las comunas vecinas para ser examinadas en Medicina Legal de Rosario.

Calculadas las tasas de denuncias de casos residentes en Rosario, se observó un leve aumento entre el año 1998 y 1999 pasando de 17,7 a 19,8 por cada 100.000 habitantes⁶, respectivamente. Al desagregar por zonas del Municipio (agrupando las seccionales policiales donde coincide el lugar de ocurrencia de los hechos con el de la denuncia) se destacan la zona del centro con una incidencia menor al 10 por 100.000 hab. y, en el otro extremo, las zonas Norte y Oeste, con tasas superiores a 20 y un leve aumento en el año 1999 (Gráfico 2).

En términos de la calificación de las denuncias, el 87,7% fue calificada *prima facie* como violación, de acuerdo a lo registrado por el personal policial sumariante, que toma la declaración en la comisaría y detalla los hechos que relata la víctima.

En 30 denuncias (6,8%) las víctimas no permitieron el acceso a ningún tipo de examen⁷, en tanto, que en 28 casos (6,4%) no se pudo

1 Centro de Asistencia a la víctima de Delitos Sexuales creado en el año 1998, dependiente de la Jefatura de la Policía de la Unidad Regional II (del departamento de Rosario) que a partir del año 1999 fue recepcionando muchas de las denuncias por estos delitos. El CAVDS o Comisaría de la Mujer es atendida por mujeres policías, sin uniforme, capacitadas para atender denuncias por delitos sexuales. Al finalizar este trabajo, la totalidad de las denuncias ya eran canalizadas a este Centro.

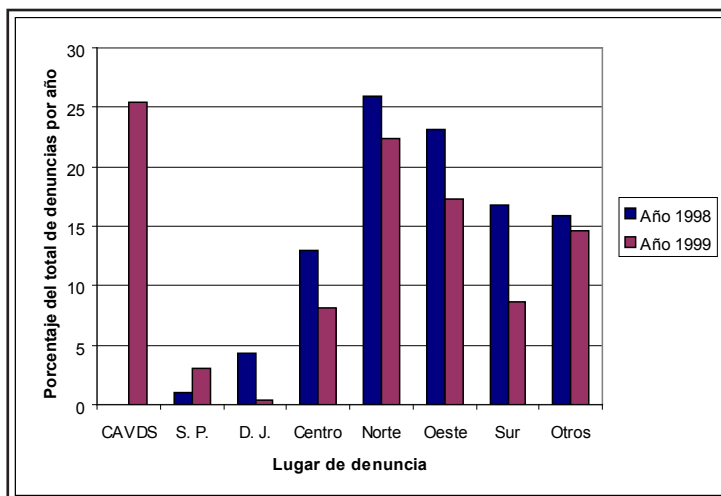
2 Test no paramétrico utilizado para testar las diferencias entre las medianas de dos poblaciones.

3 Técnica multivariada empleada para estudiar las asociaciones entre 2 o más variables categóricas. La selección de los modelos se realizó mediante el procedimiento Backward.

4 Albarellos, Acebal, Alvarez, Arminda, Arroyo Seco, Coronel Domínguez, Fighiera, Granadero Baigorria, Ibarlucea, Pérez, Piñero, Pueblo Muñoz, Soldini, Uranga, Villa Gobernador Gálvez, Zavalla

⁵ Centro: Comisaría 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° y 7°; Norte: 8°, 9°, 10°, 12°, 17°, 20°; Sub 1°, Sub 2°, Sub 21 y Sub 23; oeste: 13°, 14°, 18°, 19° y Sub 22°; Sur: 11°, 15°, 16°, 21°, Sub 19° y Sub 20°.)

Gráfico 1: Lugar donde se efectuó la denuncia, en el Departamento Rosario. Años 1998-1999.



completar el informe pericial a pesar de la advertencia hacia los denunciante que dicha decisión podía dificultar la investigación de los hechos. Las negativas al examen completo se concentraron principalmente en la observación de posibles lesiones anales, genitales y paragenitales.

B. Características de las Víctimas

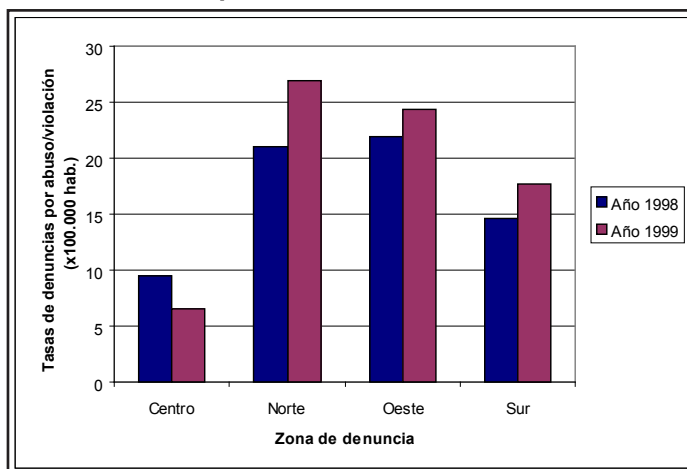
En promedio, la edad de las víctimas fue de 15.7 años (D.S.: 8.72) con un rango de edades que osciló entre 6 meses y 73 años.

Hubo un franco predominio de mujeres, las que totalizaron el 90% de las denuncias. Se detectaron diferencias significativas⁸ al relacionar la edad y el sexo de las víctimas (Gráfico 3).

En efecto, la mayor frecuencia de casos atípicos (cuyas edades superan los límites esperados de las distribuciones) determinó una mayor edad promedio para las mujeres (16.0 vs. 12.1 años en varones).

Con referencia a los valores atípicos de la

Gráfico 2: Tasas de denuncia por delitos sexuales por zonas del Municipio Rosario (por 100.000 habitantes).



⁸ Anuario Estadístico de la ciudad de Rosario. Edición 2000. Dirección General de Estadística. Rosario, Santa Fe. Población de Rosario estimada para el año 1998: 987.845 y para el año 1999: 999.675.

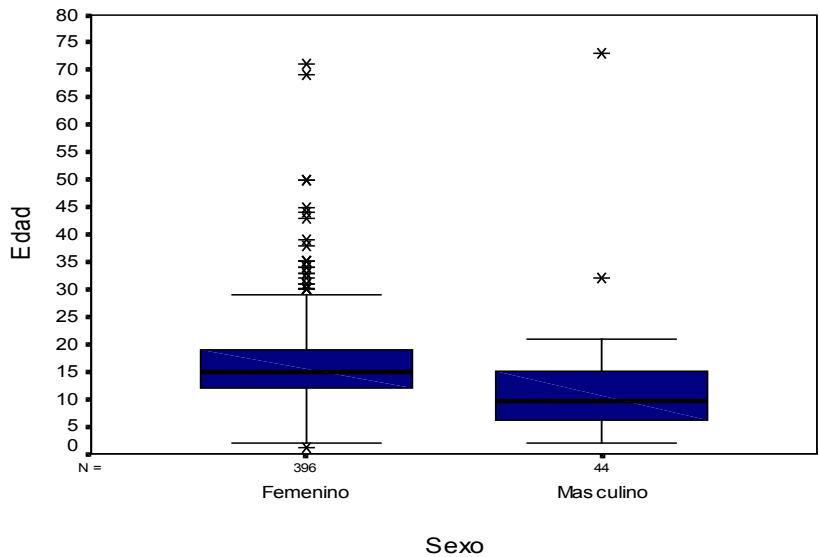
variable edad, el Gráfico 3 puntualiza el caso de un bebé de 6 meses de edad del sexo femenino y otros 14 casos de mujeres entre 31 y 71 años. Las víctimas del sexo masculino que resultaron atípicos correspondieron a un hombre de 32 años que presentaba una oligofrenia leve y un caso de 73 años ocurrido en una institución geriátrica.

En concordancia con las edades observadas, el 90.2% de las víctimas era soltera/o y alrededor del 80% fue acompañado por uno o ambos padres al momento de realizar la denuncia.

En cuanto al estado psíquico, 7.3% (32 casos) de las víctimas tenía las características clínicas de disminuidos mentales de grado leve a moderado (oligofrenia). Dos adolescentes estaban bajo los efectos de droga y alcohol al momento de la denuncia y en otros dos casos se trataba de internados en el hospital psiquiátrico (uno por intento de suicidio y uno por psicosis).

Respecto de la escolaridad, tomando en cuenta la edad de los denunciantes, o sea las posibilidades de haber alcanzado cierto nivel

Gráfico 3⁹: Edad de las víctimas según el sexo



de instrucción, y excluyendo los disminuidos mentales que eran analfabetos o concurrían a escuelas especiales, se encontró un 13.2% de casos que no completó la escuela primaria entre las víctimas de 13 años o más. En el subgrupo de mayores de 18 años, el 26.8% había finalizado el nivel secundario.

Globalmente, 46.6% de las víctimas no tenía ocupación al momento de la denuncia. Esto en par-

te debido al 33% de casos menores de 12 años. Sin embargo, se observó un 66% entre víctimas de 13 a 18 años que admitió no tener ningún tipo de ocupación ni estar cursando estudios en ese momento, cifra que se redujo a 24.7% para los mayores de 18 años. Entre ellos, un dato a destacar es que tres mujeres refirieron realizar trabajo sexual (prostitutas).

Un dato que se registra habitualmente como

7 El examen físico de las víctimas solicitado por el médico de policía, una vez recabada la denuncia, se realiza en forma inmediata y comprende un examen físico general y uno especial de las áreas corporales, paragenital, genital y anal.

⁸ Kolmogorov-Smirnov K: 2.145 p = 0

9 Cada caja concentra el 50% de los valores centrales de la distribución etárea de los casos denunciados por delitos sexuales (intervalo $Q_{75\%} - Q_{25\%}$) y la "línea gruesa" en su interior corresponde al valor de la mediana. Las dos líneas "perpendiculares" a la caja, selladas por dos horizontales, representan los límites dentro de los cuales se encuentran los valores típicos de c/distribución. Los asteriscos identifican los valores atípicos o bien excepcionales de c/distribución.

parte del informe del examen médico, es la concordancia o no entre la edad cronológica y la edad física aparente, que depende de la subjetividad del examinador y que es referido principalmente cuando se observa un desarrollo temprano puberal o de los caracteres sexuales en niñas menores a 12 años o prepúberes. Sólo en 4 casos, fue mencionado en la descripción de la víctima femenina que la edad aparente impresionaba ser mayor a la edad cronológica.

C. Características del hecho

Sólo un 13.2% de los hechos tuvo lugar en horas diurnas (8 a 16 hs.) aumentando el número de casos denunciados durante las horas vespertinas (16 a 24 hs.) 32.5%, y principalmente en la madrugada (0 a 8 hs.) con 54.3% de agresiones denunciadas.

No se observaron variaciones en la incidencia por días de la semana y sí un pico de denuncias en el mes de septiembre, aunque las distribuciones por mes fueron bastante similares para ambos años.

La mayoría de los hechos ocurrieron en lugares cerrados (71.8%), entendiendo por lugares cerrados a casas de familias o lugar de residencia familiar, casas de vecinos o de desconocidos. Se incluyeron además, un caso ocurrido en una habitación de geriátrico, dos casos en el hospital psiquiátrico, cuatro casos en habitación de un hotel y otro en una confitería bailable. Calificados como hechos ocurridos en vía pública (28.2%) fueron los correspondientes a la calle, en su mayoría, terrenos baldíos, obras en construcción, plaza pública y un caso en la estación de ómnibus.

Los acusados por las víctimas se clasificaron en agresores conocidos y desconocidos; entre los primeros incluyendo familiares, amigos, vecinos o del lugar de trabajo. En 275 denuncias, es decir, en el 62,5% de los casos, el referido como agresor era conocido por la víctima.

Relacionando lugar del hecho, conocimiento o no del agresor y edad de la víctima se verificó que:

- La probabilidad que el acusado fuera conocido resultó 15 veces mayor cuando el hecho había ocurrido en un lugar cerrado respecto de la vía pública¹⁰.

- Por otra parte, la probabilidad que el hecho ocurriera en un lugar cerrado resultó 6.6 veces mayor cuando la víctima tenía 12 años o menos¹¹.

Analizando separadamente cada una de las lesiones observadas al examen, de las 387 víctimas que permitieron el examen genital, 56.6% presentó evidencias compatibles con acceso carnal, al igual que el 15.7% observado entre los 383 casos en que se practicó el examen anal. No menos importantes resultaron las lesiones físicas, detectadas en 42.1% de los 410 exámenes médicos realizados. (Anexo Tabla 1)

Al integrar las diversas lesiones observadas por individuo (Gráfico 4), sólo 24.1% de las víctimas no presentaba ningún tipo de lesión; 13.4 % de los examinados tenía lesiones físicas generales, sin signos de lesiones genitales o anales que podrían ser interpretados como abusos sin acceso carnal; 26.4 % presentó lesiones genitales o anales solamente, que remiten a actos de violación, y 36.0 % presentó lesiones genitales, anales y/ u otras que podrían considerarse como lesiones de mayor gravedad.

Asociando el perfil de las lesiones halladas en el examen médico con la calificación prima facie del hecho denunciado como abuso o violación, las evidencias reunidas ponen en cuestión la precisión de tal calificación a partir de la información suministrada por la víctima. En efecto, entre los hechos calificados como abusos, se halló un 19.6% de individuos con lesiones genitales o anales y un 15.7% con lesiones de mayor gravedad (genitales, anales y otras lesiones). Contrariamente, 21.8% de las víctimas no mostró ningún tipo de lesión cuando el hecho había sido calificado previamente como violación. No obstante, podría admitirse cierta coherencia entre la calificación inicial del hecho y las lesiones detectadas (Anexo Tabla 2).

D. Calificación inicial de la denuncia y características de la víctima y del hecho

Las dos formas genéricas de calificación de los delitos sexuales en violación o abuso por parte del personal policial al momento de la denuncia, no mostraron asociaciones significativas con sexo, edad, estado civil y nivel de instrucción de las víctimas como tampoco con el lugar de ocurrencia

¹⁰ I.C._{95%}: (8.9 ; 25.1)

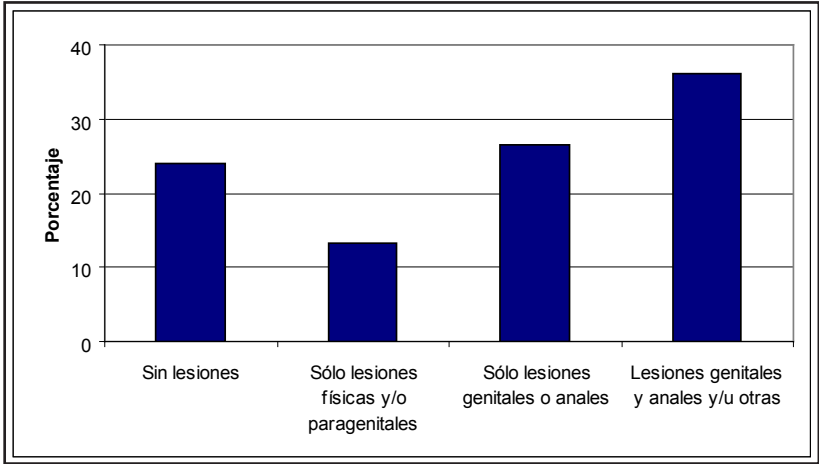
¹¹ I.C._{95%}: (3.5 ; 12.5)

del hecho, conocimiento previo del imputado del delito y presencia o no de los padres de la víctima (Anexo Tabla 3).

Probablemente relacionado con las impresiones señaladas en la calificación inicial del

delito, sólo pudo verificarse que los individuos que manifestaron alguna ocupación se encontraron más frecuentemente entre las víctimas de violaciones: 53.3% de ellos era estudiante o trabajaba, en relación con el 38.9% observado

Gráfico 4: Perfil de las lesiones



entre los afectados por abusos sexuales.

Vinculados con las características del hecho, los datos obtenidos parecieran orientar a que los abusos sexuales tienden a concentrarse en las horas de la madrugada: 74.1% de tales delitos ocurrió entre las 24 y 8 hs. frente al 51.5% obtenido entre las violaciones, a expensas de una distribución un tanto más uniforme de las violaciones en las 3 franjas horarias.

Las lesiones físicas y paragenitales no constituyeron al momento del estudio un rasgo atribuible a una u otra manifestación del delito sexual, o sea, que parecen presentarse por igual en abusos y violaciones. Sin embargo, el antecedente de lesiones físicas, claramente asociado individualmente con cada una de las lesiones restantes, aumentó significativamente la probabilidad que la víctima presentara lesiones genitales, anales o paragenitales (Cuadro 1).

Cuadro 1: Razones de Odds¹² de tener una lesión (anal, genital o paragenital) fijado el antecedente de una lesión física

Lesiones	R.O.	I.C.95 %
Físicas	1,00	_____

Paragenitales	2,13	(1,08 ; 4,20)
Anales	1,80	(1,04 ; 3,14)
Genitales	1,79	(1,18 ; 2,73)

Reagrupando las lesiones en términos de las que implicaron acceso carnal (genitales y/o anales conjuntamente o no con otro tipo de lesión) en comparación con la ausencia de lesiones o lesiones físicas resultó 3.7¹³ veces más probable tener lesiones de acceso carnal cuando la denuncia fue registrada como violación en lugar de abuso. Una forma más precisa de calificación del delito sexual, conduciría probablemente a que ésta asociación podría ser de mayor contundencia.

Atendiendo que en un 13 % de las denuncias, la víctima no había permitido un examen completo, se analizó particularmente su posible relación con la edad, sexo y acompañante de la víctima al momento del examen pericial. La aceptación o no al examen no mostró asociación con el sexo de la víctima ni con la presencia de la madre al momento de la denuncia. Por el contrario, la ne-

gación al examen fue 2,3¹⁴ veces mayor cuando la víctima tenía una edad superior a los 12 años.

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos en muchos de los aspectos investigados son consistentes con los hallados y publicados por otros autores, a pesar de utilizar diferentes fuentes y metodologías de investigación.

En primer lugar lo señalado por Lencioni, en relación con el predominio de mujeres entre las víctimas y a la concentración de estos delitos en individuos por debajo de los 15 años. No obstante, el presente estudio estaría mostrando una incidencia mayor de violaciones, atendiendo a las lesiones detectadas a partir de los exámenes físicos. Frente al estimado de 40 casos confirmados para el período 1976-1979 según Lencioni, el presente estudio estaría mostrando la importancia creciente de esta problemática en el medio local, ya que luego de 20 años, la incidencia de casos de violación no es menor a 150 anuales.

Otro estudio realizado en el país y más actualizado (10) verificó que el mayor número de delitos corresponde a las edades entre 11 y 18 años y, en la distribución por sexo, el 80% correspondía a mujeres. Del mismo modo en Arequipa, Perú, entre 1993 y 1998, (11) se halló que de 2001 casos estudiados de delitos sexuales, 89.5% refería a mujeres y que el mayor número de víctimas tenía entre 10 y 17 años.

También en la literatura publicada, los datos obtenidos resultaron coincidentes en general, como por ejemplo con ciertas características del hecho, predominantemente en lugar cerrado y con agresor conocido.

El hallazgo que alrededor del 7 % de las víctimas tenía algún grado de deficiencia mental merece una consideración particular para las intervenciones policiales y judiciales, ya que agrava el delito y abre una línea de profundización con el objeto de verificar lo sostenido por otros autores, que el retraso mental sería la discapacidad más

habitual hallada en las víctimas (12).

Con referencia a la zona geográfica de ocurrido el hecho, la mayor frecuencia de denuncias ocurre en zonas periféricas de la ciudad o alejadas del centro comercial. Esta información da lugar a futuras investigaciones sociales para indagar sobre las razones de esta distribución geográfica de las denuncias, con vistas a la caracterización de zonas de mayor riesgo.

Respecto de los antecedentes del nivel social y económico de los denunciantes que no pudieron investigarse ya que no constan de rutina ni en la pericia ni en la denuncia, se considera de vital importancia el auxilio de trabajadores sociales en los lugares de asistencia a las víctimas de delitos sexuales que podrían dar respuestas más eficaces a esta problemática, como también aportar a futuros estudios epidemiológicos más integrales.

En un plano operativo, la mayor concentración de las denuncias en horas vespertinas y de la madrugada lleva a plantear la necesidad del refuerzo de personal en los lugares de asistencia o atención a víctimas de delitos sexuales durante esas horas, aunque también debería ser producto de futuros análisis.

Los hallazgos vinculados a que es mucho más probable que el acusado sea conocido y la víctima sea menor de edad cuando la violación o abuso ocurre en lugar cerrado, apuntarían a una problemática de violencia sexual familiar y de su entorno que requerirían de enfoques especiales para su tratamiento, articulando los esfuerzos para dar mejores respuestas a las víctimas y los supuestos victimarios, aunque también orientan a otros estudios epidemiológicos de las problemáticas del entorno familiar y la violencia sexual.

No fueron menos importantes los casos en que no se encontraron lesiones corporales como tampoco el rechazo al examen médico observado en un 13% de las víctimas. Esto, lejos de conducir a una posible desestimación de estas denuncias, habría que instalarlo en un plano interpretativo psicológico. *"Algunos autores refieren que aunque a priori todos acuerdan en considerar que el abuso*

¹² Medición de la chance de ocurrencia de un hecho o condición dado un hecho o condición precedente. Si el intervalo de confianza (I.C.) incluye al 1, se descarta la posible asociación entre ambos hechos o condiciones.

¹³ I.C._{95%}: (1.9 ; 6.8)

¹⁴ I.C._{95%}: (1.1 ; 4.5)

sexual es una violencia, a veces se produce de tal modo que hasta la víctima duda que la violencia haya existido. La confusión síquica producida por la situación de abuso puede hacer que los médicos, trabajadores sociales, los testigos, las víctimas y el abusador olviden que se trata de una violencia objetiva. En la situación de abuso sexual la víctima pierde el sentido de su integridad y puede llegar a justificar y negar la violencia del abusador. El hecho que a veces el abuso se produzca sin violencia ni resistencia manifiesta confunde las referencias con las que por ejemplo en un caso de violación se define al abusador y a la víctima" (13).

Dice Achaval, A. (1992) en su libro "Delito de Violación", *"...la violación no es un diagnóstico médico sino que es una conclusión judicial de la sentencia firme"...*, en base a esta referencia y a la luz de todos los datos que pueden aportarse como información al momento de la denuncia, referidos no sólo al examen físico sino a otros datos para la pericia y recabados por un equipo de interdisciplina (sicólogos, sexólogos, trabajadores sociales, etc), podrían quizás contribuir más eficazmente a la sentencia (14).

Una consideración especial es la observación en el transcurso de esta investigación de la existencia de diversas fuentes de registro de los delitos sexuales. Esto conlleva la necesidad de centralizar la información y establecer instrumentos adecuados que permitan realizar estudios a largo plazo y procesar la información en forma automática. Sería conveniente que los organismos oficiales, esto es, Ministerios de Gobierno, de Justicia, de Salud, de Educación y Organizaciones no Gubernamentales dedicadas a la asistencia de víctimas de delitos sexuales, violencia familiar y maltrato infantil pudiesen tener registros protocolizados e informatizados comunicados en red, que puedan permitir un diagnóstico más adecuado de la realidad y un tratamiento y monitoreo más eficaz de la problemática al disponer de mejor información.

"Los delitos de violencia sexual conforman un conjunto de delitos de etiología multifactorial, no ajeno a factores socioeconómicos y culturales cuya influencia debería investigarse". Los avances urbanísticos y tecnológicos, el éxodo rural y los flujos migratorios hacia las áreas urbanas, la paternidad irresponsable, la influencia de

los medios de comunicación, los preconceptos vigentes sobre las agresiones sexuales, etc. *"contribuyen como efectos deletéreos al aumento del índice de este tipo de delitos de criminalidad encubierta."* (15).

Los casos analizados aquí ofrecen la posibilidad de hacer un seguimiento para conocer cuáles y cuántos de ellos llegaron a sentencia firme, investigar la respuesta efectiva que se está dando a esta temática y fundamentalmente profundizar sobre los factores causales o de riesgo de ser víctimas de estos delitos, a partir de cuyo conocimiento podrían encararse medidas de prevención y producir reales impactos en la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

A Luz Gibbons y Hernán Ricci, pasantes en Estadística del Área de Investigación en Salud (S.S.P.), sin cuya participación y esfuerzo en la dura tarea del análisis de la información no hubiera sido posible concretar este trabajo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Cobo Plana, J. Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual. España: Ed. Masson, S.A. 1998.
- 2- Banchs, M. El proceso de administración de justicia en el delito de violación. Mujer y Sociedad en América Latina. Buenos Aires: Editorial CLACSO. 15-61. 1991.
- 3- De la Garza Aguilar, D.; Díaz, M. Elementos para el estudio de la violación sexual. Rev. Salud Pública de México. 39:539-545. 1997.
- 4- Gisbert Calabuig J.: Medicina Legal y toxicología. Barcelona: Salvat editora. 1998.
- 5- Rodríguez, H. y col. La salud en la Infancia y adolescencia. Cap 10. Abuso sexual en niños: enfoque médico legal. Montevideo: Editorial Arena. 1999.
- 6- Rodes Lloret, F. y Monera Olmos C. El Niño Vulnerable. España: Ed. Universidad Miguel Hernández. 1999.
- 7- Ibidem
- 8- Edwards, C. Delitos contra la integridad sexual. Buenos Aires: Depalma editores. 1999.

9- Lencioni, L. La violación en la ciudad de Rosario en el período 1976/1979. *Semana Médica*. 159-331. 1981.

10- Simoni, H., Crembil J., Jaremczuk N. Delitos de instancia privada. Actas del Congreso de Medicina Legal. Sección de Medicina Legal de la Policía Judicial de Córdoba. Córdoba. 1999.

11- Llerena Gamero J., Aguilar Cornejo G., Cabala J., y col. Delitos de violación de la libertad sexual. División Médico Legal de Arequipa. 1993-1998. Publicación del Ministerio Público del Instituto Médico Legal de Perú. División Médico Legal de Arequipa. 2000.

12- Idem 4

13- Perrone, R. y Nannini, M. Violencia y abusos sexuales en la familia. Buenos Aires: Editorial Piados Terapia Familiar. 1998.

14- Achaval, A. Delito de violación. Ed. Abeledo Perrot. Cap. 41: 280. 1992.

15- Vanrell, J. Sexología Forense. Minas Gerais: Editorial Unimontes. Universidade Estadual de Montes Claros. Brasil. 2001.

contra la mujer en Argentina. Rosario: UNR Editora. 1999.

- Zeiger, N. y col. Vulva, vagina y cuello. Infancia y Adolescencia. Abuso y traumatismo. Buenos Aires: Ed. Panamericana. 1996.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Boletín Oficial. Modificaciones al Código Penal. Ley 25.087. Decreto 486/99. Delitos contra la integridad sexual. Mayo 1999.

- Código Penal Argentino. A-Z editora. 26º Edición. Buenos Aires, Argentina. 1998.

- Lencioni, L. Modelo de protocolo para uso médico legal en casos de violación: Revista de la Sociedad de Medicina Legal de Rosario. 4-5. 1997.

- Secretaría de Salud Pública. Violencia. (Vol. II). Actas del 5º Congreso "La salud en el Municipio de Rosario". Rosario: Secretaría de Salud Pública. 1998.

- Bonnet, E. Medicina Legal. 3er edición. Tomo II. Buenos Aires: López Libreros Editores. 1988.

- Fromm, E. El amor a la Vida. Cap. II. Sobre los orígenes de la agresión. Barcelona: Ed. Atalaya, S. A. 1993.

- Kaplan, H. Disfunciones sexuales. Colección Relaciones humanas y sexología. Buenos Aires: Ed. Grijalbo S. A. 1989.

- Kvitko, L. La violación. Buenos Aires: Ed. Trillas. 1986.

- Mellado, V. Régimen Legal de la violencia

ANEXO

Tabla 1: Tipo de lesiones comprobadas por examen médico sobre el número de individuos que permitieron cada tipo de examen.

Tipo de Lesión	Tuvieron lesiones		No tuvieron lesiones	
Total	N	%	N	%
Genitales	219	56,6	169	43,4
Físicas	171	42,1	239	57,9
Anales	61	15,7	322	84,3
Paragenitales	38	9,8	351	90,2

Tabla 2: Perfil de lesiones según calificación del hecho denunciado

C.95	%	Abuso		Violación Total		N	R.O.	
		N	%	N	%		%	N
Sin lesiones	---	20	39,2	72	21,8	92	24,1	1
Sólo lesiones físicas y/o paragenitales	(0,4 ; 1,8)	13	25,5	38	11,5	51	13,4	0,8
Sólo lesiones genitales o anales	(1,1 ; 5,7)	10	19,6	91	27,5	101	26,4	2,5
Lesiones genitales y anales y/u otras	(10,7)	8	15,7	130	39,3	138	36,1	4,5 (1,9

Tabla 3: Características de la víctima y del hecho según calificación de la denuncia

Variables	Categoría	Violación		Abuso		Total		Test X ²
		N	%	N	%	N	%	P asociado
Características de la víctima								
Sexo	Femenino	349	90,4	47	87,0	396	90,0	P=0,285
	Masculino	37	9,6	7	13,0	44	10,0	
Edad	Menor o igual a 12 años	126	32,6	17	31,5	143	32,5	P=0,499
	Mayor a 12 años	260	67,4	37	68,5	297	67,5	
Estado civil	Soltera	347	89,9	50	92,6	397	90,2	P=0,369
	Otro	39	10,1	4	7,4	43	9,7	
Nivel de instrucción	Primario incompleto	175	45,3	22	40,7	197	44,8	P=0,313
	Primario completo o más	211	54,7	32	58,3	243	55,2	
Ocupación	Alguna	206	53,3	21	38,9	227	51,6	P=0,032*
	Ninguna	180	46,7	33	61,1	213	48,4	
Características Del hecho								
Franja horaria	De 8 a 16 horas	54	14,0	4	7,4	58	13,2	P=0,008**
	De 16 a 24 horas	133	34,5	10	18,5	143	32,5	
	De 24 a 8 horas	199	51,5	40	74,1	239	54,3	
Acompañante	Madre o ambos padres	276	71,5	38	70,4	314	71,4	P=0,488
	Otros	110	28,5	16	29,6	126	28,6	
Lugar	Cerrado	279	72,3	37	68,5	316	71,8	P=0,334
	Vía pública	107	27,7	17	31,5	124	28,2	
Acusado por la víctima	Conocido	239	61,9	36	66,7	275	62,5	P=0,302
	Desconocido	147	38,1	18	33,3	165	37,5	
Lesiones Genitales	Si	204	52,8	15	27,8	219	49,8	P=0,000**
	No	133	34,5	36	66,7	169	38,4	
	No admitió examen	49	12,7	3	5,6	52	11,8	
Lesiones Físicas	Si	153	39,6	18	33,3	171	38,9	P=0,320
	No	205	53,1	34	63,0	239	54,3	
	No admitió examen	28	7,3	2	3,7	30	6,8	
Lesiones Anales	Si	57	14,8	4	7,4	61	13,9	P=0,048*
	No	275	71,2	47	87,0	322	73,2	
	No admitió examen	54	14,0	3	5,6	57	13,0	
Lesiones Paragenitales	Si	34	8,8	4	7,4	38	8,6	P=0,294
	No	304	78,8	47	87,0	351	79,8	
	No admitió examen	48	12,4	3	5,6	51	11,6	

* significativo al 50%

* significativo al 5% - ** significativo al 1%

Evaluación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN - Rosario)*

Mother-child and Nutrition Programme evaluation (PROMIN - Rosario).

Aronna, Alicia. (1)

RESUMEN

La evaluación de las intervenciones en el campo de sistemas y servicios de salud es una práctica indispensable cuyos resultados deben facilitar la toma de decisiones en la búsqueda de estrategias de mayor efectividad y también para dar cuenta del cumplimiento de los objetivos y metas programados, permiten comprobar en qué medida se ha llegado a la población destinataria de las acciones previstas y si se están mejorando efectivamente las condiciones que motivaron la intervención.

Esta investigación centra como objeto de estudio la evaluación de un Programa Materno Infantil y Nutrición desarrollado en efectores públicos del Municipio de Rosario. Se buscó identificar los condicionantes que operaron en la implementación del mismo, poniendo en juego tres niveles de análisis: el ambiente organizacional percibido por los jefes de Centros de Salud y Centros de Desarrollo Infantil; la gestión de las actividades desarrolladas por los equipos de salud involucrados y las representaciones de la población en torno a la accesibilidad y aceptabilidad del programa.

El estudio se llevó a cabo durante el año 1998. Se seleccionaron, como casos, dos centros de Salud con dos años de ejecución del programa. Se utilizaron fuentes de información primaria (Entrevistas) y secundaria (Documentos clínicos y registros).

El nivel de implantación del programa no resultó homogéneo en los dos Centros estudiados y los resultados indican que el ambiente organizacional condicionó las estrategias de intervención desarrolladas desde los servicios, las que a su vez se interrelacionaron con las representaciones construidas desde la población.

Las acciones desarrolladas por los equipos, visualizadas a través del cumplimiento de las normas y procedimientos propuestos por el programa, no fueron cumplidas en su totalidad, lo que ameritaría una puesta a punto de las mismas en función de las realidades encontradas, desde el posicionamiento población/servicios.

PALABRAS CLAVE: Evaluación - Programa social - Análisis de implantación - Estudio de caso - Análisis de intervención

* Artículo elaborado a partir de la tesis para acceder al título de Magister en Salud Pública (Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, CEI/UNR)

(1) Estadística, Directora del Sistema Municipal de Estadísticas para la Salud (Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario)

SUMMARY

The evaluation of interventions in the field of health systems and services is an indispensable practise. the results facilitate the decision making process in search of strategies more effective as well as report on the accomplishment of goals and objectives. Evaluations also indicate whether the target population has been reached, to which extent and if changes have occurred this research project evaluates a mother child program and nutrition which took place in the city of Rosario. We tried to identify the factors which affected its implimentation. There were three levels of analysis: the organizational environment as perceived by the managers of health centres and child development centres; the management of the project by the health teams involved and the representations of the affected population around the accessibility and acceptability of the project.

The study took place in 1998. two health centres were chosen and the program lasted two years. The sources of information were direct (interviews) and indirect (documentation).

The results show that the level of implementation was not homogeneous in the two centres. It appears that the organizational millieu affected the intervention strategies used. these strategies were on its own affected by the ones used by the population itself.

The plans developed by the teams, analysed according to the guidelines and procedures proposed by the program, were not followed as expected. This would suggest there is a need for further analysis from the stand point of the reality found on the field and the positions taken by the population and the health centres.

KEY WORDS: Evaluation - Health - Social programs - Plan of implementation analysis - Case study - Analysis of intervention.

INTRODUCCIÓN

A medida que el sector salud debe planificar respuestas organizadas a las necesidades de poblaciones específicas con mayor grado de

vulnerabilidad o riesgo, se ponen en marcha los programas sociales con el objeto de atenuar los efectos negativos de los problemas generados por las desigualdades económicas.

La evaluación de las intervenciones puestas en marcha en el sector, basada en principios epidemiológicos, debe ser considerada como una práctica indispensable cuyos resultados pueden y deben ser aplicados para facilitar la toma de decisiones en la búsqueda de estrategias de mayor efectividad por un lado y a su vez para asegurar los mecanismos que orienten el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, esto es comprobar en qué medida se ha llegado a la población destinataria de las acciones previstas y a posteriori si se están mejorando efectivamente las condiciones de partida de estos grupos.

Con este marco se presenta una propuesta de evaluación en el campo de sistemas y servicios de salud, en el nivel concreto de aplicación de un programa particular desarrollado en algunos efectores del subsector público del Municipio de Rosario, cuyos resultados pueden servir como argumento racional y empíricamente fundamen-tado ante otros procesos de implantación que puedan suscitarse, mediando la decisión política de iniciar una intervención de este orden.

De allí que el propósito perseguido es que estos hallazgos, provenientes de un estudio de caso, puedan ser tomados como el producto de una experiencia particular que aporta conoci-miento respecto al nivel de implantación de un programa social como Promin, que podría derivar en otras propuestas de indagación de mayor alcance o generalidad desde otros niveles de observación.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL Y NUTRICIÓN

El Programa Materno Infantil y Nutrición - Subproyecto Rosario (PROMIN)¹, se implementó en la Ciudad de Rosario como consecuencia del ofrecimiento realizado en el año 1992 por UNICEF Argentina a las autoridades municipales; en ese momento ya estaba instalado en el Municipio un mapa de desigualdad en continua profundización.

La Provincia de Santa Fe por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social fue responsa-

ble del Proyecto ante la Unidad Central de Proyecto que dependía del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (Secretaría de Recursos y Programas de Salud) firmándose el convenio de adhesión Nación - Provincia en Febrero de 1993 (Decreto Provincial 1035), en tanto la Municipalidad de Rosario aceptó la participación firmándose el Convenio de Adhesión Provincia - Municipio el 15 de Junio de 1993 y la Ordenanza Municipal Nº 5735/93 de aprobación del Convenio de Adhesión Provincia - Municipalidad de Rosario).

La implementación del Subproyecto Rosario presentó una situación particular por coexistir en la ciudad efectores de salud que responden a dos administraciones diferentes a saber: provinciales y municipales. Este hecho trajo como consecuencia que la Municipalidad de Rosario se hiciera cargo de la ejecución del programa en sus propios efectores en tanto que las autoridades provinciales tomaron la responsabilidad de gestionar la implementación en los efectores de su dependencia ubicados en Rosario, Villa Gobernador Gálvez y Pérez, aún cuando para los equipos pertenecientes a la Unidad Central del Proyecto, con desempeño en las ciudades de Buenos Aires y Washington, el crédito fue único con ejecución a nivel de las tres localidades ya mencionadas.

El programa contemplaba el criterio de focalización de la población como estrategia inicial para determinar los destinatarios de las acciones (población con Necesidades Básicas Insatisfechas NBI).

La forma de definición de la población objetivo, la normatización de las actividades ubican a este programa en la línea de la planificación normativa, en el sentido que la programación de acciones y la aplicación de recursos asignados se propone desde niveles centrales, es decir alejados de los escenarios reales en los cuales se desarrollan propiamente las acciones y bajo el supuesto que el contexto del sector en el que se pretende insertar la intervención será relativamente estable a lo largo del curso de la ejecución del proyecto.

El principio rector de la planificación normativa (tradicional) es el diseño de estrategias racionales y seguras de intervención que logren

los resultados esperados de ellas; hoy ya no es posible planificar ordenando racionalmente los procesos de la realidad o sus resultados, sino que es necesario mantener alguna direccionalidad deseada en el medio de un escenario lleno de eventos imprevistos, intervenciones de otros y resultados no esperados de las propias acciones implementadas.

El proyecto PROMIN de carácter integrador, promovía la articulación de las acciones de salud, promoción social y educación para:²

- Mejorar la calidad de vida de la madre y el niño hasta los seis años de edad.

- Optimizar la utilización de los recursos y la gestión operativa, a través de la coordinación y la planificación conjunta de los organismos involucrados en el programa.

Y sus objetivos propuestos fueron disminuir la morbimortalidad materna e infantil a través de la focalización y el mejor diseño, aplicación y coordinación de los servicios y programas de salud, nutrición, alimentación complementaria y desarrollo infantil; promover el desarrollo psicosocial de los niños entre 2 y 5 años y mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de comedores escolares vigentes.

Las áreas componentes del Programa fueron: SALUD, DESARROLLO INFANTIL, NUTRICION, MONITOREO Y EVALUACIÓN y en la programación se estableció una duración total de tres años.

MARCO CONCEPTUAL

La evaluación constituye una etapa esencial en el proceso de planificación y de administración del sector salud, ya que posibilita la toma de decisiones de la manera más racional posible frente a los problemas enfrentados por los servicios de salud; exige un previa formulación de hipótesis / supuestos que deberán estar basados en el conocimiento existente y disponible sobre el objeto a ser evaluado y que direccionarán el contenido y la selección de los instrumentos a ser utilizados en la evaluación, en síntesis puede decirse que se busca el grado de adecuación entre un conjunto de informaciones y un conjunto de

¹ Proyecto Materno Infantil y Nutrición (Promin), fue el resultado de un préstamo del BIRF (Banco Mundial), donde el gobierno nacional se hacía cargo de la deuda cuyo monto para el área ascendía a \$ 20.905.976.

² Documento interno del Programa Materno, Infantil y Nutrición. Municipalidad de Rosario. Rosario, 1994.

criterios adecuados al objetivo fijado, con el fin de tomar una decisión.

Debe tenerse en cuenta el grado de subjetividad inherente, ya que el juicio de valor que se lleva a cabo está condicionado por la visión y el posicionamiento de quien ejecuta la actividad o la investigación evaluativa.

En la medida que el proceso de trabajo del sector salud implica necesariamente la efectiva participación del beneficiario para la obtención de un servicio, no es posible la evaluación del proceso sin su involucramiento por ser el destinatario/receptor de las actividades durante la ejecución. De esta manera se puede evaluar cuán adecuadas y apropiadas fueron las acciones ejecutadas.

Tanaka (1990), afirma que las expectativas de los beneficiarios y la condición de accesibilidad influyen fuertemente en su comportamiento y en consecuencia condicionan el éxito o el fracaso de las acciones programadas desde niveles institucionales.³

El mismo autor indica que la eficacia de las actividades desarrolladas en un programa son mejor evaluadas con estudios o investigaciones particulares y con esta finalidad específica, estableciendo la separación entre actividad evaluativa de seguimiento y la investigación evaluativa (Tanaka, 1996).⁴

Contandriopoulos es más abarcativo en sus conceptos y en los espacios donde desarrollar esta forma de abordaje: *"evaluar consiste fundamentalmente en acercar un juicio de valor sobre una intervención o sobre no importa cual de sus componentes con el propósito de ayudar a la toma de decisiones. Este juzgamiento puede resultar de la aplicación de criterios y de normas (evaluación normativa) o elaborarse a partir de un recorrido científico (Investigación evaluativa)"* (Contandriopoulos, 1992).⁵

El término intervención para Contandriopoulos, alude a una técnica, una práctica, un programa, una política, no siendo posible hablar de

una intervención sin tener en cuenta todos los actores que están involucrados en ella. Ellos son justamente los que le van a dar la forma particular en un momento y en un contexto dado.

La **investigación evaluativa**, en sí misma, puede definirse como un recorrido que consiste en hacer un juicio ex post sobre la intervención empleando métodos científicos. Se ocupa específicamente de analizar la pertinencia, los fundamentos teóricos, la productividad, los efectos y el rendimiento de una intervención así como las relaciones existentes entre la intervención y el contexto en la que ella es situada, con el propósito de ayudar a la toma de decisiones.

En este sentido, el mismo autor citado precedentemente, distingue seis tipos de análisis a saber: **estratégico** en el que se plantea la pertinencia de la intervención sobre un problema particular considerando todos los problemas existentes; de la **intervención** en el que se someten a discusión la teoría en la que se basa la propuesta, la suficiencia de los recursos, las actividades y los medios empleados así como la forma de organización adoptada; de la **productividad** basado en la relación entre servicios y recursos; de los **efectos** que consiste en evaluar la influencia de los servicios sobre el estado de salud de los grupos; del **rendimiento** o de la eficiencia consiste en relacionar el análisis de los recursos empleados con los efectos obtenidos, es una combinación del análisis de la productividad económica y del análisis de los efectos y de la **implantación** que se ocupa de estudiar la influencia del contexto o del ambiente en los efectos de la intervención.

En otros términos puede conceptualizarse el **análisis de implantación** de un programa como uno de los posibles modos de evaluación de las intervenciones, en el cual el objetivo que se persigue consiste en la identificación de los procesos que tuvieron que ver en la producción de los efectos de una intervención en términos de una mejoría en el estado de salud de las po-

³ Tanaka O., Cesar, Ch. L. "Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990". Cad. de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 12 (Supl. 2). 1996:59-70.

⁴ Ibidem.

⁵ Contandriopoulos, A., Champagne, F., Denis, J., Pineault, R. "L' évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et methods". Révisé Nov. 1992. Version révisé de l'article des mêmes auteurs publié dans les actes du Colloque "L' évaluation en matière de sante: des concepts à la pratique". Edites par Lebrun, T., Sailly, J. C. et Amouretti, L. Crege, 1992: 14 - 32.

blaciones alvo (Hartz, 1993).⁶

Este tipo de modelo se aleja, (Chen, 1990 citado por Hartz, 1993)⁷, de aquéllos en los que sólo se apela a la observación de los efectos (denominados de «caja negra») como contrapartidas observables, ya que resultan poco útiles para el mejoramiento del diseño e implementación de las intervenciones o programas. La realización de una evaluación debe por lo tanto ir más allá del juzgamiento de la eficacia de una intervención, debe también permitir los factores condicionantes / explicativos de los resultados obtenidos.

En síntesis el **análisis de implantación** consiste en especificar el conjunto de los factores que influyen los resultados obtenidos a posteriori de una intervención. Denis y Champagne (1990, citado por Hartz (1993)),⁸ proponen una definición de los estudios de implantación superior a la realizada por otros autores a los que ellos citan en especial (Patton, (1986) citado por Contandriopoulos, (1992))⁹. Ellos explicitan:

"Un análisis de implantación se interesa en el estudio de los determinantes y de la influencia en la variación de la implantación en los efectos producidos por la intervención. Este análisis se apoya conceptualmente en el análisis de la influencia sobre tres componentes: a) los condicionantes / determinantes contextuales en el grado de implantación de las intervenciones; b) las variaciones de la implantación en su eficacia; c) la interacción entre el contexto de implantación y la intervención en los efectos observados".

CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El planteamiento del problema que permitió el desarrollo de este estudio evaluativo particular se sustentó en los siguientes ejes:

a) El objetivo básico del programa de lograr una modificación del sistema de atención a partir de la implementación de PROMIN, en términos del establecimiento de redes de atención y cambios

en la organización interna de los Centros de Salud lo visualicé como una expresión de deseos si no es acompañada por un proceso de integración y de aprehensión por parte de los equipos involucrados y no como una norma impuesta elaborada por otros equipos técnicos. Con PROMIN este hecho se dio ya que, si bien es cierto que equipos locales participaron en la elaboración del programa local, los contenidos generales estaban predeterminados por tratarse justamente de modelos generales diseñados, propuestos y aplicados a partir de la firma de los convenios con las agencias de crédito para el desarrollo social.

b) El programa, por sus condiciones particulares de implementación y desarrollo, al cabo de varios años de funcionamiento, planteaba dudas entre las formulaciones programáticas y las actividades de aplicación. En el caso de Salud la focalización geográfica de la población beneficiaria se tornó en un obstáculo ya que producía una discriminación en el marco de grupos poblacionales carecientes en su conjunto; en tanto que en la implementación de las acciones en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), factores sociales y culturales podrían generar resistencia por parte de la población con relación a la ubicación en instituciones a los niños, entre 2 y 5 años en riesgo social, para su contención y desarrollo integral.

c) En cuanto a la población que supuestamente debía beneficiarse con las acciones cabía el interrogante acerca de ¿en qué medida lo han hecho, de qué modo expresan ese beneficio y por qué?. A partir de resultados de estudios especiales realizados por grupos de nivel nacional me surgieron dudas acerca de la estabilidad de los mismos en todos los efectores bajo programa y en especial para los que se seleccionaron en esta investigación y si resultaban indicadores válidos de la accesibilidad y la aceptabilidad de estos grupos poblacionales?.

d) La existencia de estudios especiales realizados desde la unidad Central de Proyecto daban cuenta de los resultados en un nivel global, como la sumatoria de las respuestas de todos los

⁶ Hartz, Z. "Evaluation du programme de santé maternelle et infantile dans une région du Nord-Est du Brésil". Tesis doctoral. Montréal, 1993: 15-20.

⁷ Chen (1989-1990) citado por Hartz, Z.: 15-20.

⁸ Denis y Champagne (1990) citado por Hartz, Z.: 15-20 y 27-35.

⁹ Patton, M. Q. (1986) citado por Contandriopoulos, A-P: 14.

puntos muestras de los sub-proyectos, los que resultan útiles para quienes gerencian la marcha del Proyecto PROMIN nacional pero no sucede lo mismo a nivel de los espacios particulares donde la información obtenida puede no ser representativa, en calidad ni en cantidad, de la realidad de cada una de las unidades socio-territoriales incluidas en PROMIN Rosario (Encuesta domiciliaria, PROMIN, 1999).¹⁰

e) En otra dimensión, una de las características distintivas de este programa fue la jerarquización desde su formulación, de un área específica para el manejo de la información, que se tradujo en el componente de monitoreo y evaluación que proponía el relevamiento de los datos básicos para el cálculo de una batería de indicadores que posibilitaran dar respuesta a los requerimientos de los organismos internacionales que promueven créditos para proyectos sociales, así como la realización de evaluaciones periódicas que dieran cuenta del grado de cumplimiento de las actividades propuestas para cada componente.

f) Las actividades de monitoreo implementadas desde la gerencia de monitoreo y evaluación de la Unidad Ejecutora Municipal, con la utilización de planillas de atención a beneficiarios cumplimentadas por los administrativos, los que utilizan como fuente de información las planillas de consultorio externo generadas por los profesionales, permitían advertir ciertas deficiencias en el sistema de registro, en los procedimientos empleados y plantear interrogantes acerca del desarrollo mismo del programa en cuanto al grado adhesión a las actividades.

g) La presión ejercida por los niveles superiores del programa para cumplir con los requerimientos de los organismos crediticios hizo que con el correr del tiempo se transformara el monitoreo y la evaluación en el mantenimiento de un sistema de información que no resultó un instrumento útil y flexible para intervenir en la revisión de las estrategias y acciones locales.

h) La inclusión en el Documento original del Proyecto, que la evaluación puede y debe profun-

dizarse tratando de superar la utilización de los indicadores predefinidos, para avanzar en el análisis de las conductas seguidas por la población beneficiaria en relación con el cumplimiento de la norma de atención definida a partir del programa y de la gestión realizada por los servicios con los procedimientos establecidos por el proyecto.

La identificación de los aspectos expuestos en los párrafos anteriores y con el marco conceptual desarrollado por Contandriopoulos et al. (1992)¹¹, por Denis y Champagne (1993)¹² y por Hartz (1993)¹³, condujo a un análisis de implantación de PROMIN, para producir conocimiento, a posteriori, de las actividades desarrolladas por los propios equipos de salud involucrados, tomando como fuente de información los registros generados por ellos mismos para caracterizar la gestión y al mismo tiempo llegar a identificar los problemas y obstáculos, es decir, los condicionantes percibidos por los Jefes de Centros, y recoger las representaciones de la población (madres de beneficiarios) en torno al Programa en cuestión.

Lo anterior significó poner en juego tres niveles de análisis:

A) **La visión desde los equipos de salud representados por los jefes de los Centros de Salud** seleccionados para la investigación, a los que se les requiere la identificación de los factores contextuales, (estructurales y organizacionales), por ellos percibidos retrospectivamente en el proceso iniciado a partir de la ejecución de las acciones programáticas en Rosario en 1996.

B) Un segundo nivel de análisis es el estudio del Programa propiamente dicho a través de la **eficacia de los resultados** obtenidos en la utilización por parte de la población beneficiaria, focalizando en un grupo particular de la población objetivo, como son los niños desnutridos y las embarazadas, apelando al cumplimiento de las normas, cobertura y utilización de los servicios. En este punto se busca la concordancia alcanzada entre lo recomendado y lo operacionalizado en la práctica, con el correlato correspondiente en los resultados obtenidos.

10 Encuesta domiciliaria de opinión de la población acerca de los Centros de Salud Promin - 1998. Informe Final. Buenos Aires, enero 1999:34-41.

11 Op. Cit. Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., Pineault, R.: 14-32.

12 Op. Cit. Denis, J. L. y Champagne, F. citado por Hartz, Z.: 12-20.

¹³ Ibidem

C) El tercer nivel de análisis se conforma con **las representaciones de la población** en torno a la accesibilidad y aceptabilidad, en torno al programa ya que es a través de ellos que es posible recuperar en profundidad aspectos no programáticos.

Estos niveles analizados en forma articulada e interdependiente dieron lugar al planteamiento del siguiente esquema de relaciones: que el ambiente organizacional (Factores contextuales) condicionó las estrategias de intervención desarrolladas desde los servicios, las que a su vez se interrelacionan con las representaciones construidas por la población en términos de la accesibilidad y aceptabilidad a este programa según componentes socioculturales.

En el marco de este tipo de análisis, de esta forma se establecieron los ejes conceptuales a desarrollar:

Análisis contextual concebido como los diferentes medios de implantación referidos a la adhesión al proyecto, la coherencia entre el programa y las actividades habituales del efector del salud por parte de la organización seleccionada. El análisis de la influencia de la interacción entre el programa y el contexto debe permitir el reconocimiento de los factores contextuales susceptibles de contribuir a la realización del potencial de la intervención en cuestión (Denis y Champagne, 1990).¹⁴

El análisis de los efectos se estudió a través de la eficacia de la utilización, sobre los individuos que han sido o son beneficiarios de la misma, entendiéndola como los beneficios observados al aplicar un procedimiento "cómo debe ser seguido de hecho por todos los implicados" realizando la evaluación en términos del proceso de gestión que da lugar a la captación y seguimiento de la población beneficiaria. Este proceso está conformado por una serie de estrategias de intervención que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes, vistas como comportamientos normativos que contribuyen a alcanzar ciertos logros (Donabedian, 1984).¹⁵

Las representaciones aparecen como formas de conocimiento social que permiten interpretar la realidad cotidiana; es un conocimiento socialmen-

te elaborado y compartido. En el discurso espontáneo las representaciones aparecen organizadas en términos de conocimientos, valores, actitudes, creencias y opiniones que se manifiestan como un todo complejo sin diferenciación.

Las representaciones de quienes resultan beneficiarios de las acciones programadas permiten recuperar desde otro nivel de observación, aspectos no contenidos en lo programático, es decir cuestiones que tienen que ver por un lado con la accesibilidad es decir con el proceso de buscar y recibir atención, lo que significa una gama continua de fenómenos pertenecientes al proceso de atención médica, donde en un extremo está la disponibilidad, que constituye la presencia física de los recursos para la salud y en consecuencia su capacidad para producir servicios (productividad) y en el otro el acceso/la utilización, comprendiendo las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los usuarios potenciales.

Por otro lado la conformidad/aceptabilidad, concepto en cierto sentido complementario del anterior, que resulta de utilidad para analizar las percepciones subjetivas del acceso, las opiniones que el usuario tiene sobre la atención y las expectativas personales, que incluye la satisfacción como componente inherente.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar el nivel de implantación del Proyecto Materno Infantil y Nutrición - Sub- proyecto Rosario a través del análisis del proceso de gestión y resultados en términos de la accesibilidad y aceptabilidad en dos efectores, durante el año 1998.¹⁶

Objetivos específicos: Establecer: a) la cobertura alcanzada y las estrategias de intervención desde los servicios afectados a PROMIN en relación con la captación y seguimiento de las embarazadas y niños menores de seis años, en particular los desnutridos; b) el ambiente organizacional (los factores contextuales) en el desarrollo del proyecto desde la perspectiva de los jefes de las unidades de observación tomadas en cuenta

¹⁴ Denis, J. L. y Champagne, F. (1990) COMPLETAR Capítulo 3 Analyse da Implantação, páginas 57:65

¹⁵ Donabedian, A. "La calidad de la atención médica". Ed. La Prensa Mexicana. México, 1984.

(Centros de Salud y Centros de Desarrollo Infantil) y; c) la accesibilidad y la aceptabilidad desde las representaciones de la población beneficiaria según componentes socio- culturales.

METODOLOGÍA

El análisis de la implantación del programa se llevó a cabo bajo la forma metodológica de estudios de casos múltiples con niveles de análisis interrelacionados, ya que se examinaron el conjunto de las relaciones existentes entre las diferentes variables y categorías definidas para comprender el comportamiento de un fenómeno complejo que no puede ser aislado de su contexto (Denis y Champagne, 1990; Yin, 1993)^{17 18}. Estos estudios de casos necesitan de una diversidad de fuentes para la obtención de los datos, tanto cualitativas como cuantitativas. Las múltiples fuentes de información utilizadas y la profundidad de las mismas otorga una mayor fiabilidad a los datos utilizados (Yin, 1984; citado por Hartz, 1993)¹⁹.

El estudio de casos se lo define como una investigación empírica de un fenómeno que no puede ser aislado de su contexto. Es una estrategia en la cual es posible elegir un número pequeño de unidades de análisis, en la cual las observaciones pueden ser realizadas al interior de cada caso. La potencia analítica depende de la profundidad del análisis realizado y no del número de unidades.

El espacio para su desarrollo fueron dos Centros de Salud Sur y Policial con sus respectivos Centros de Desarrollo Infantil (Gurí y Jardín N° 37) que comenzaron con las acciones de Promin en marzo de 1996, ubicados en la zona sur de la ciudad de Rosario y con dependencia municipal y provincial respectivamente, como una forma de controlar comportamientos particulares de acuerdo a la diferente administración.

La elección de estos dos Centros de Salud se debió a la factibilidad en el desarrollo de la investigación ya que en el momento de la recolección de la información estos dos centros llevaban dos años de desarrollo de actividades del programa PROMIN, tiempo estimado oportuno por la autora para la realización de un análisis de implantación.

El análisis de implantación con la evaluación del proceso de gestión y resultados del PROMIN circunscripto a dos casos (Centros de Salud) ubicados en la zona sur de la ciudad limita las posibles generalizaciones en relación con los hallazgos obtenidos respecto de todos los efectores involucrados en el proyecto global; razones de factibilidad para llevar a cabo esta investigación así como el orden de ingreso de los efectores fueron los condicionantes de la elección realizada.

Las estrategias metodológicas seleccionadas fueron:

a) **abordaje cuantitativo** a través del *método de trazadores* elaborado por Kessner para el seguimiento de las acciones programadas por cada uno de los componentes de PROMIN (Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil) con la correspondiente valoración de la concordancia entre la propuesta programática y las actividades desarrolladas por los profesionales concretada a través de la construcción indicadores específicos que midieron la cobertura alcanzada y el nivel logrado por las estrategias de intervención.

Se definió conceptualmente **Cobertura** como la medida en que se llega a la población destinataria del Proyecto en sus distintos agrupamientos etáreos; y por **Estrategias de intervención** a todas las actividades que aparecen delineadas en el Proyecto en relación a la población objetivo considerando los tres componentes Salud, Nutrición y Educación, explicitadas en normas y procedimientos de atención según las necesidades definidas por el propio Proyecto. La búsqueda de

¹⁶ El año 1998 corresponde al período elegido para la realización del estudio, o sea para la recolección de la información, a este año refieren específicamente los resultados hallados para dar respuesta al primer objetivo; el año 1996, fecha de iniciación del Programa en los efectores del Municipio de Rosario es el hito de referencia a partir del cual tiene lugar el proceso de implantación del mismo, proceso que se pretende evaluar a partir de la perspectiva de los entrevistados, para cumplimentar el segundo y tercer objetivo.

¹⁷ Op. Cit. Denis, J. L., Champagne, F. citados por Hartz, Z.

¹⁸ Yin, R. K. "Applications of case study research". Newbury Park, CA: Sage Publications, Chapter 5: Case study designs for evaluation High-Risk Youth Programs: The Program Dictates the design. 1993: 77-90.

¹⁹ Yin, R. K. (1984) citado por Hartz, Z.: 19 y 35.

información la realicé a través de fuentes secundarias tales como el Documento con las normas y procedimientos de atención de PROMIN, las historias clínicas de los Centros de Salud, las planillas de los Centros de Desarrollo Infantil y de Registros propios del programa.

La población objeto de estudio fueron los niños desnutridos menores de 6 años (181/61) y las embarazadas (97/74) captados entre Marzo de 1996 y Marzo de 1998 en los Centros de Salud Sur y Policial y con domicilios en las respectivas zonas de focalización.

b) **abordaje cualitativo** (Forni, Gallart et al., 1993)²⁰ para visualizar desde otro ángulo el proceso de implantación y así poder reinterpretar los resultados obtenidos con la aplicación del método de trazadores que me posibilitó incorporar la perspectiva de otros actores (los Jefes de Centros y los beneficiarios) para recoger a través de sus representaciones el grado de aceptación y el nivel de ajuste de PROMIN a sus expectativas particulares.

Esto significó la identificación de los **factores contextuales** percibidos por los jefes de centros en aquél momento y cómo ellos visualizaron los cambios y transformaciones que se fueron produciendo hasta el año de esta investigación, es decir estoy haciendo referencia a **aspectos organizacionales** como la responsabilidad decisional, la práctica asistencial concreta a partir de las acciones propuestas por el programa y la participación de los equipos en las metas; los **aspectos estructurales** hacen a las características propias y naturales del programa, formas de implantación y la conformación de los equipos técnicos gerenciadorees. En síntesis se intentó recuperar la marcha, los deseos, las prioridades y los cambios desde la visión, la perspectiva de los representantes de los equipos de salud. (Dever y Champagne, 1984). En resumen, los factores condicionantes detectados por los jefes de Centro en el proceso iniciado a partir de la ejecución de las acciones programáticas en Rosario en 1996.

En cuanto a las valoraciones de las madres, también se instó a que recuperaran sus percepciones sobre el devenir de su vinculación con el

programa en el tiempo transcurrido desde sus comienzos en términos de la accesibilidad y aceptabilidad.

Desde lo expuesto por Donabedian asumí a la **Accesibilidad** como posibilidad de obtener atención fácil y oportuna cuando se necesita. Conocer a) las instancias seguidas para la solución de los problemas de salud-enfermedad de embarazadas y niños menores de 6 años de la zona de focalización, en particular la demanda a los servicios y la concreción de la atención; b) los obstáculos en el logro de la atención (en término de disponibilidad de turnos, horarios, profesionales de preferencia, existencia de complementación alimentaria, derivación a CDI) y c) las dificultades en la relación población objetivo/personal de los servicios, que entorpecen el diagnóstico, utilización adecuada de los recursos terapéuticos disponibles, el seguimiento del paciente y la continuidad de la terapia aconsejada (tanto en Centros de Salud como en CDI).

La **Aceptabilidad de las actividades** del programa, referente subjetivo y valorativo que me permitió deducir aspectos que daban cuenta: a) de la efectividad de la atención, b) de los atributos de la relación médico-paciente en relación con las acciones desarrolladas en el servicio, en síntesis de las representaciones de la población que pudieran dar cuenta acerca del grado de ajuste (Frenk, 1992) entre las acciones desarrolladas por los servicios y las expectativas de los pacientes y sus familias, en síntesis pretendí valorar la adaptación a la intervención así como la visión global respecto del programa desarrollado en los servicios a los que concurrían.

Cabe la aclaración en este punto que se consideró a la **satisfacción** como un componente inherente de la aceptabilidad manifestada.

La técnica de entrevista se aplicó a los cuatro Jefes de Centros por un lado y por otro a 20 madres de niños desnutridos, no desnutridos y embarazadas (10 por cada Centro), buscando recuperar el status de la palabra, al decir de Souza Minayo (1996), la charla individual e intimista tomada como fuente de información de aspectos relacionados con las cuestiones programáticas

²⁰ Forni, F., Gallart, Ma. M., et al. "Métodos Cualitativos II. La práctica de la Investigación". Capítulo: La integración de metodologías. CEAL, 1993: 107.

relativas a los referentes temáticos requeridos.

Los resultados expuestos a continuación constituyen una síntesis de los hallazgos obtenidos; en esta oportunidad y para facilitar la comunicación se obvian las transcripciones de los aportes realizados por cada uno de los entrevistados desde su lugar de actor particular.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- De la cobertura alcanzada y de las estrategias de intervención

En cuanto a la cobertura alcanzada, las cifras correspondientes a las embarazadas no alcanzan la meta propuesta por PROMIN (80%), pero la distancia para el cumplimiento es diferencial en los dos espacios, Sur muestra un valor muy cercano al estipulado (78%) durante el segundo año de ejecución, no así Policial (55%).

Los resultados correspondientes a la cobertura pediátrica, global y por edad, son también diferentes; Sur aparece superando la meta en todos los grupos (100%), mientras que Policial está alrededor del 54%.

Frente a estos resultados cabe preguntarse cuáles son las causas que operan para que un programa centrado en los aspectos materno-infantiles no logre captar a los niños para dar cumplimiento a la norma, cuáles son los motivos, desde las madres, para no llevarlos o llevarlos a otros servicios y por último, cuáles son los obstáculos que operan a nivel del servicio.

La captación en el primer año de vida (58% y 84.5%) muestra la misma realidad. El programa establece la derivación desde las maternidades donde se produjeron los partos a los Centros de Salud con las acciones PROMIN de los recién nacidos, por lo que debería esperarse un alto nivel de captación de niños para el control de salud durante el primer año de vida. Un hecho a destacar es que ambos Centros considerados tienen como efector de referencia el Hospital Roque Sáenz Peña y los resultados a la vista no son coincidentes.

El cumplimiento de la norma de los controles de salud por edad de los niños aparece con valores disímiles entre los Centros: Policial estaría más cercano al cumplimiento de la meta para el grupo de 1 año y de 2 a 5 años, seguramente elevado

a expensas de los desnutridos controlados con mayor frecuencia (9 / 9 / 5 controles para los menores de 1 año, 1 año y de 2 a 5 años respectivamente). Los valores registrados para el Centro de Salud Sur plantean dudas acerca de la confiabilidad de la información, subregistro, como consecuencia de las sucesivas transcripciones de los datos originales dado la superposición de registros existentes y de la oportunidad en la entrega de los mismos para su procesamiento (5 / 7 / 4 controles por edad).

Si los valores de desnutrición en la infancia puede constituirse en uno de los indicadores de criticidad y riesgo social, puede decirse que la población del Centro de Salud Sur aparecería en una situación de mayor vulnerabilidad relativa respecto del Centro de Salud Policial (14.5% / 11.9% versus 10% / 10% respectivamente para menores de 2 años y de 2 - 5 años).

La evaluación de la gestión desde la eficacia de los resultados obtenidos en la utilización por una parte de la población beneficiaria (niños desnutridos y embarazadas), en términos de la concordancia entre lo recomendado y lo realizado, indica que el análisis de los registros realizados por los integrantes de los equipos de salud de los Centros plantea serias dudas respecto del cumplimiento ajustado de las normas y procedimientos propuestos por el programa, con algún grado de variación según se trate de uno u otro Centro y de la actividad realizada.

Un dato relevante a los fines de la evaluación de la eficacia de los resultados se obtiene con relación a la recuperación de los desnutridos, núcleo de interés en el marco de los objetivos programáticos y de las acciones específicas a desarrollar en ambos Centros de Salud, se registraron guarismos por debajo del 40% (26.3% Sur y 37.7% Policial) y la constancia en la historia clínica de la derivación de los desnutridos al respectivo Centro de Desarrollo Infantil no superó el 13% (10.0% Sur y 13.2% Policial). A la par del análisis de los registros surgen dificultades en el nivel de la articulación entre Centros de Salud y CDI, según se desprende del escaso número de niños que figuraban como destinatarios de las acciones programáticas y cuyos nombres aparecen en registros realizados por ambas instituciones.

El estado nutricional de los niños aparece más desventajoso en Sur que en Policial. Correla-

nado con un mejor cumplimiento de las citaciones de seguimiento de crecimiento y desarrollo en Sur. La entrega de la complementación alimentaria apareció más desordenada en el Sur, el interrogante es que si la situación de carencia puede actuar como factor condicionante para el tipo de conducta traducida en los registros.

Respecto a los resultados del análisis de las historias clínicas de las embarazadas, la captación fue buena en ambos centros, pero con guarismos más alentadores en Policial para seguimiento, captación temprana y número esperado de controles.

La inclusión de las curvas para la valoración del estado nutricional de los niños está incorporado en ambos centros, no así la inclusión de la curva de Rosso Mardones, introducida por el Programa, en particular en Policial.

La consolidación de la red no se puso de manifiesto a través del análisis de las historias clínicas de los niños, ya que si bien se registraron las referencias, las contrarreferencias no fueron consignadas en general y se incluyó sólo excepcionalmente el soporte escrito de la comunicación entre niveles de atención, cuyo instrumento es la Hoja de Referencia y Contrarreferencia.

Se respetó en ambos Centros el circuito de derivación establecido por programa.

Los registros de las actividades generados por los propios profesionales de los Centros estarían señalando una escasa o no satisfactoria eficacia en los resultados obtenidos en las distintas actividades llevadas a cabo según las normas y procedimientos programáticos.

- De los factores contextuales (Del ambiente organizacional) en el desarrollo del proyecto desde la perspectiva de los jefes de Centros de Salud y CDI.

Con respecto a los contenidos recuperados en los encuentros con los jefes de Centros de Salud, ambos percibieron como conflictivo el inicio de la gestión con PROMIN, expresaron esta valoración en nombre de los respectivos equipos de salud. Los dos entrevistados identificaron factores estructurales y organizacionales, que actuaron como obstáculos en el momento del comienzo de las acciones del Programa: la falta de una buena comunicación con los equipos que las ejecutarían generaron situaciones de malestar entre

los equipos, la condición de programa vertical y focalizado, la imposibilidad de participación en el momento de fijarse las condiciones de desarrollo, el criterio de focalización.

"Promin es un programa focalizado, con normativas muy claras que tiene sus vetas positivas y negativas pensando en población, lo que pasa es que fue vivido como algo impuesto y por lo tanto molestaba. No era como estamos acostumbrados a trabajar en atención primaria. La misma reestructuración edilicia fue impuesta" (Sur).

"Los profesionales no ven con muy buenos ojos el programa porque siempre se trata de generar más trabajo, lo importante con este programa en particular es que por lo menos deja algo, que es la mejoría en el edificio" (Policial).

La representación del programa fue visualizada como una carga pesada, con más trabajo por lo mismo, (es decir... sin modificación de las condiciones contractuales de trabajo), y con interrogantes que referían a cuáles eran los beneficios para la gente. Se generó mucha resistencia con la nueva forma de trabajo, el adecuarse a nuevos registros y a nuevos circuitos. El componente que rápidamente recuperaron fue el de Infraestructura, ya que los Centros de Salud incorporados a PROMIN tuvieron ampliación de su planta física en función de la población focalizada a cubrir.

"En principio todo lo edilicio, eso fue altamente positivo para la gente y para el equipo" (Sur).

"Las mejoras en el edificio permiten trabajar más cómodos a nosotros y la gente tienen más espacio también. La parte de admisión mejoró mucho porque nos pusieron una computadora y una secretaria" (Policial).

Se marcaron diferencias en cuanto al proceso vivido: los Jefes de Sur/CDI Gurí dan cuenta de haber transitado por distintos momentos en el proceso de implantación de PROMIN, se deduce de sus aportes una visión positiva pero con contenido crítico en aquellos aspectos inherentes al diseño y ejecución del Programa, valoraron positivamente las mejoras logradas con respecto a la infraestructura, el aumento de la oferta de servicios y la articulación de acciones con el Centro de Desarrollo infantil.

"En sí la evaluación en general es positiva (CDI/SALUD). Tiene una historia la relación del Centro de Salud con lo que antes fue el comedor. Incluso en lo referente al seguimiento

de desnutridos ya que nosotros teníamos algo sistematizado... el trabajo conjunto donde evaluamos las condiciones de riesgo de los casos más complejos..."

"En cuanto al seguimiento de los desnutridos fuimos cambiando no sólo en cuanto a los registros, intentando unificar y de esta manera tenerlos actualizados, ya que en general no los teníamos y por lo tanto no nos servían y también trabajamos la accesibilidad, favorecer la llegada de los niños al CDI".

La articulación Salud/Desarrollo Infantil, componente estructural del programa, generó vivencias en los jefes que resultaron casi opuestas: en Sur se produjo un proceso de articulación facilitado por la proximidad física de ambos efectores y la coincidencia ideológica entre los equipos respectivos.

La percepción de los representantes de Policial / Jardín N° 37 estaría ofreciendo un registro de factores contextuales que operaron desfavorablemente para la implantación. De lo expresado por uno de ellos se deduce una visión favorable unida a la cotidianeidad operativa del Centro de Salud, reconociendo los aportes de recursos realizados por el Programa, en tanto que el otro asume en sus valoraciones un posicionamiento crítico y negativo hacia el Programa.

"... tenemos una limitación que significa no contar con un lugar para la derivación de los desnutridos, porque desde el Centro los tenemos que mandar a comer al comedor y la comida no es la adecuada ni en calidad ni en cantidad para cubrir las necesidades de calorías de estos niños".

La articulación Salud / CDI fue planteada como un obstáculo en Policial, la propuesta de integrar establecimientos de distinta dependencia sin la mediación de los correspondientes niveles decisorios y ejecutivos, con ausencia de un trabajo sostenido a nivel local para el logro del consenso, llevó al desarrollo de acciones en Salud sin posibilidades de dar cuenta de la propuesta programática original.

La articulación en el Centro Policial debió realizarse en dos niveles: el comedor de vecinal y el jardín, accesibles geográficamente ya que los tres establecimientos están ubicados sobre una misma calle, pero no desde el punto de vista institucional, hechos que se constituyeron en un obstáculo.

"... vamos a la vecinal a supervisar pero no podemos hacer correcciones, tampoco tenemos con qué.... La relación con el jardín es como una relación buena pero esporádica, difícil de mantener, tenemos criterios distintos" (Policial)

"El Centro de Salud fue muy reticente y lo es aún. Ellos no querían controlar a todos nuestros chicos y yo tengo que luchar para que todos sean tratados por igual. Es muy tener actividades comunes porque cada institución tiene sus especificidades" (Jardín N° 37)

Resumiendo en Sur puede decirse que desde los factores contextuales identificados, tanto estructurales como organizacionales, se ha producido un proceso de apropiación y de flexibilización en la ejecución, como dijo uno de ellos. Dejó de ser "resistido", para que el equipo comenzara a reflexionar acerca de los beneficios relativos que otorgaba, en el trabajo con los pacientes, en los registros y para la población, mientras que en Policial el programa fue asumido con cierta resistencia y la visión retrospectiva permitió dar cuenta de una adaptación pero con limitaciones por la falta de articulación propuesta originalmente.

En Policial, el posicionamiento asumido estuvo más en el orden de lo lineal, es decir el equipo trabajó con un programa más, a partir del cual se obtuvieron para el Centro ciertas mejoras edilicias y organizativas, la preocupación giró en torno de la sustentabilidad del programa.

De las expresiones vertidas por los Jefes de Centros entrevistados se recupera como más destacado una necesidad sentida por ellos, que los equipos técnicos pertenecientes a la estructura programática flexibilicen los criterios y tengan en cuenta las realidades locales particulares. Podría decirse que un posicionamiento más estratégico podría facilitar una implantación adecuada de la intervención.

"Fue distinta la gestión al inicio de PROMIN que lo que fue en los últimos tiempos. Había cuestiones que se le imponían al centro de salud y había que ejecutarlo rígidamente. Era tan rígido que todo lo que decía la gestión del programa debía ejecutarse tal cual, como que el equipo no podía opinar en estos temas; en cambio al final se produjeron intercambios positivos..." (Sur)

A modo de resumen, el Jefe de Sur dijo:

"Yo no acuerdo con estos programas tan verti-

cales, ya que no visualizan, como se van filtrando las realidades en cada nivel o lo importante o no de la situación de la gente, la realidad local. Por ser programas tan rígidos, terminan dificultando en lo local acciones, que se podrían desarrollar de otra manera. Lo positivo es la apropiación que pudimos hacer nosotros, esto sí, esto no. Creo que debería estar instalado el reconocimiento de la realidad donde se va a aplicar".

- De la accesibilidad y la aceptabilidad desde la población

Puede decirse que este grupo de mujeres comparten condiciones socio-culturales referidas a los siguientes rasgos: en su mayoría jóvenes, que no trabajaban fuera del hogar, integrantes de familias numerosas donde el rol de las abuelas fue recuperado por la responsabilidad que les cabía en el cuidado de los niños y en algunos casos como sostén del hogar, las parejas tenían alto grado de precariedad y de inestabilidad laboral, mayoritariamente asistentes a los servicios de salud públicos por no contar con cobertura de atención médica. Este grupo de madres reconoció a los respectivos centros de salud como los lugares a los que concurrían para la atención. En cuanto al nivel de instrucción alcanzado predominó el primario.

Este conjunto de relaciones construidas a partir de la observación de situaciones objetivas tiene un peso importante en el momento de la conformación de las representaciones en torno a la accesibilidad y aceptabilidad del programa, en los espacios de los Centros de Salud y CDI, que las madres reconocen como jerárquicos.

"... al dispensario... porque es más cerca y atienden muy bien..." (Policial)

"... y al dispensario, tenemos dispensario... a este de acá de La Paloma... el Sur... todos vamos, para especialidades nos derivan al R. Sáenz Peña" (Sur).

Con respecto a la valoración del programa a partir de las representaciones construidas por las madres, se destaca el reconocimiento entre ellas de los Centros como lugar de referencia para la atención, en la cercanía de sus domicilios, así como lo que ellas denominan la "buena atención" de los médicos.

Este reconocimiento es posible que se halle estrechamente vinculado con la historia de las

instituciones seleccionadas, con una trayectoria de trabajo en el área desde larga data, reconociéndose claramente a los equipos profesionales como referentes de los grupos poblaciones destinatarios de sus acciones.

"En este dispensario sí porque los bebés están más controlados, los controlan más. Los turnos son rápidos y el médico es el mismo. Estoy muy contenida, me dedican mucho tiempo, más al bebé porque lo tienen que revisar más, pero todos son buenos" (Policial)

"Para mí siempre fue muy buena (la atención) yo no me puedo quejar, porque yo he ido incluso sin turno y te estoy hablando antes del PROMIN y después del PROMIN y siempre me han atendido muy bien, hasta me han atendido sin turno" (Sur).

Pudieron dar cuenta del alcance de las prestaciones específicas de cada lugar, las posibilidades con las que cuentan, este conocimiento aparece construido desde la propia experiencia con los servicios de salud.

"... cuando algo no es de urgencia vamos al dispensario si no al Hospital de Niños, si es por algún fuerte, si se cortan, siempre al Hospital de Niños. Nosotros (los adultos) a veces al R. Sáenz Peña, a veces al Provincial, según, no es un lugar digamos fijo" (Policial)

En sus valoraciones las madres llegaron a recuperar explícitamente a algunos miembros del equipo de salud que cumplen un rol más significativo que el resto: como es el caso de los médicos. Respecto de ellos no enuncian mayores críticas ya que son quienes cuidan y atienden a sus hijos y a ellas mismas en su condición de embarazadas. Se produce con estos profesionales un juego de relaciones asimétricas, que les lleva a percibir al médico en una posición de saber y de poder que no se mantiene con los restantes integrantes de los equipos de salud.

"Con la Dra M..., te habla bien, estamos dos horas hablando con la doctora, tiene mucha paciencia con los chicos,... ella siempre fue igual..." (Policial)

"... ellos (los médicos) son bárbaros, lo atienden, lo revisan bien, te preguntan todo y siempre lo hacen así... si necesita análisis, radiografía, todo lo que ella necesita, todo lo hacen enseguida, no es que tarden mucho" (Sur).

Se encontraron diferencias en la utilización y el tipo de adecuación que realiza la población con

las características de los recursos de atención (Frenk, 1992)²¹ según se trate de madres de niños desnutridos, con una periodicidad de controles marcados por el profesional según las normas programáticas y las madres de no desnutridos y embarazadas con contactos más puntuales con los efectores de salud.

Ellas llegaron a visualizar, desde su condición de usuarias de los servicios, "ciertos cambios" en la organización y atención en los Centros en el transcurrir del tiempo, se valoraron diferentes aspectos del proceso de acceso y utilización de los servicios traducidos en distintos grados de apropiación del efector según las experiencias con la atención y el efector, el programa PROMIN, **sólo fue puesto en escena a partir de las intervenciones del entrevistador**, la población visualizó los obstáculos y/o facilitadores desde su lugar de usuario.

"No, no a mí me gusta la atención que tienen ahora y antes también..." (Sur)

"y bueno el cambio fue en el sentido de los turnos, por ejemplo que antes de pronto por más que los manejaba a doctora por ahí te daban o por ahí no te daban; ahora con los turnos programados siempre tengo turno porque los míos son de bajo peso y tienen su turno para que la Dra. los vea" (Sur)

"A mí me hablaban de PROMIN pero yo ni caía de que se trataba. Yo le contestaba que sí, pero en realidad no me daba cuenta de que se trataba. Sí me hablaba pero yo no le entendía. La atención no cambió para nada, siempre me atendieron bien aún no estando embarazada" (Policial).

"No, todos fueron muy bien atendidos. No hay diferencias con PROMIN o sin PROMIN" (Policial).

"A mí me comentaron de PROMIN. Una señora me dijo que averiguara porque a las chicas les daban comida, las de bajo peso. Le pregunté a la Dra. y ella me dijo que sí. Pero la atención no cambió" (Sur).

Las mujeres identifican la complementación alimentaria como el auxilio ante situaciones de carencia; en este sentido la referencia a estas intervenciones la realizaron con claro contenido aprobatorio, son los indicadores concretos para la comunidad de la presencia de la intervención en los servicios.

"Para mí está bien (la complementación alimentaria) me entregaban la caja porque estábamos sin trabajo los dos. Yo participé de PROMIN cuando estuve embarazada. Bajé de peso y enseguida el médico me dio el bono con la caja" (Policial)

"Por mi mamá que tiene varios chicos me enteré de Promin, y por mi hermanita, es de bajo peso y que sé yo y con esa caja la ayudaba, y entonces la ayuda más porque mi papá por ahí no anda muy bien de trabajo y eso le servía bastante, había varias cosas en la caja y la ayuda bastante" (Sur)

La articulación entre Salud / CDI es reconocida en Sur mientras que en Policial lo enuncian como un componente totalmente ajeno, visualizan el Jardín como el inicio de la etapa escolarizada de los niños. No tienen incorporada la imagen de espacio de crecimiento integral de los niños, sólo refieren al comedor al cual se los envía, a propuesta de los médicos, en procura de alimento para sus hijos.

"... la Dra. me empezó a dar la cajita porque la nena tenía bajo peso, cuando ella cumplió los años me dijeron que la tenía que llevar al jardín, porque ahí en el jardín (CDI) la iban a mejorar" (Sur).

"... Hay algunas que no los quieren mandar porque dicen que las maestras le pegan que se yo, pero yo desde que la llevo no veo nada de eso, no sé por qué no lo quieren mandar... le dan de comer y juegan..." (Sur)

"... Sí, lo voy a mandar al jardín pero recién el año que viene que cumple 4 años..." (Policial)

"Sí, el año que viene le corresponde (el jardín), tienen el comedor al que voy yo, yo lo llevo a comer ahí. La verdad es que no sé si hay relación entre el comedor y el dispensario..." (Policial)

Las prácticas profesionales, la complementación alimentaria y la relación médico paciente son los tres componentes resaltados en este relato que da cuenta de la satisfacción de las madres con relación a la efectividad en el proceso de atención.

"Lo del control de los doctores le diría que es una cosa que atienden bien, que dan cosas, que se preocupan" (Policial)

"No, nunca nos dijeron nada (de PROMIN) sólo que estaba muy por debajo del peso, estaba desnutrido mejor dicho y cuando se las dejaron de

²¹ Op. Cit. Frenk, J.: 929-943.

dar (las cajas) la Dra... me dijo que tenía cuatro años y que estaba en el límite del peso. No estaba bien bien pero en el límite y la Dra. dijo que había estirado un año el asunto de las cajas pero ya no podía más, le siguen dando leche..." (Policial)

Los atributos de la atención son vistos como un encadenamiento en el cual aparecen la dimensión "TRABAJO" (como ausente) vinculada a PROMIN y el componente de "AYUDA SOCIAL" como denominador común.

"Me dijo que iba ser de PROMIN, pero me dijo que me iba a dar la caja. Por una ayudita, ella mira los papeles, no nos dan a todos, según qué zona, si ella ve que estás bien no te la dan. A las que están más o menos. A las que no lo necesitan, no" (Policial)

"No, eso lo manejan solamente los doctores. Ud. no puede solicitar la caja por más que la necesite, si ellos creen que Ud. la necesita porque el chico... no porque tiene problemas, porque de pronto de mí saben que es una familia grande, que mi marido estuvo haciendo veredas..." (Sur).

Las madres pudieron dar cuenta de lo visible, que es lo material. En las modalidades de atención marcaron cambios que incidían en mayor medida en formas organizativas ordenadoras por lo cual la valoración recayó casi exclusivamente en la entrega de cajas de alimentos.

- Del nivel de implantación logrado

La evaluación del programa, realizada por los jefes de Centros aportó, desde otra perspectiva, información que confirma y refuerza la obtenida a través del estudio de la gestión llevado a cabo por medio del análisis de los registros de los casos (Centros), y fue coincidente, en algunos aspectos, con las representaciones de las madres en torno al programa.

La evidencia empírica reunida puso de manifiesto un nivel de implantación diferente en cada uno de los Centros de Salud: para Sur los condicionantes contextuales identificados por los representantes de Salud y Desarrollo Infantil, tuvieron que ver con la programación vertical, los criterios de selectividad y la escasa adecuación de la implantación a la realidad local, que operaron como obstaculizadores en un primer momento, para luego ser superados, en forma relativa, en función del proceso de apropiación que se dieron los equipos respectivos. Se valoraron los

beneficios relativos que otorgaba el trabajo con los pacientes, en los registros y en la población.

En tanto la percepción de los representantes de los Centros Policial / Jardín N° 37 estaría ofreciendo un registro de factores contextuales que operaron desfavorablemente en el proceso de implantación, no se produjo la articulación entre estos efectores por tratarse de instituciones con distinta dependencia funcional y administrativa y la discontinuidad de trabajo conjunto entre los equipos locales de ambas instituciones con los técnicos gerenciadore del programa para el logro de consenso. Estos factores condicionaron la posibilidad de desarrollar un abordaje de atención profesional integrador para dar cumplimiento a las actividades propuestas por el programa en cuanto a la detección, seguimiento y contención de los niños desnutridos y se reafirma con la visión fragmentada de las acciones programáticas expresada por las madres quienes marcaron las dificultades para el pleno acceso a los servicios.

Los Jefes de Centros coincidieron al destacar una necesidad sentida por ellos, que los equipos técnicos pertenecientes a la estructura programática flexibilicen los criterios y tengan en cuenta las realidades locales particulares. Podría decirse que un posicionamiento más estratégico podría facilitar una implantación adecuada de la intervención.

La experiencia recogida indica que en la medida que no se tomen en cuenta las características propias de los espacios seleccionados para ejecutar el programa se está introduciendo un obstáculo que puede llegar a repercutir en las acciones directas con la población beneficiaria.

La calidad de los registros evaluados mostró deficiencias y escasez de precisión en los contenidos. Los profesionales no jerarquizan el registro en las historias clínicas, de las prestaciones realizadas y de los hallazgos, como insumos favorecedores de la tarea asistencial, para la evaluación de desempeño clínico, de gestión y de investigación desde la óptica de los servicios así como documento básico de la historia de salud - enfermedad de la población que accede a los servicios.

Estos conjuntos sociales, en cada espacio particular acumularon experiencias y operaron en consecuencia para resolver el proceso de salud-enfermedad-atención, conocedores de la ló-

gica y de los circuitos de atención pudieron hacer un mejor uso de los recursos y en consecuencia la circulación dentro de los servicios también se vio facilitada (Whitaker Dalmazo, Senna, 1995).²²

El gerenciamiento del programa realizado por los equipos técnicos transitó (en Sur) por distintos momentos caracterizados por una mayor o menor flexibilidad en las relaciones entre los equipos locales y los gerenciadore. Se recuperó el diálogo como medio de intercambio de ideas y como favorecedor de la gestión para plantear diferencias, necesidades y posibilidades, en definitiva para poder construir y en consecuencia para lograr un mejor nivel de implantación.

El nivel de implantación logrado por PROMIN se manifestó a través de la relación entre los factores contextuales que condicionaron las estrategias de intervención desarrolladas desde los servicios, las que a su vez se interrelacionaron con las representaciones construidas desde la población.

REFLEXIONES FINALES

El supuesto de partida fue que la validez externa de los resultados hasta aquí presentados podrá probarse en la medida que se llegue a pensar, que en los espacios de los restantes efectores se producen realidades similares a las aquí analizadas.

Una de las formas posibles sería la ampliación de la indagación con la incorporación de otros integrantes de los equipos de salud que participaron como forma de conocer las valoraciones de otros actores. También dado el tiempo transcurrido, sería oportuno abordar la búsqueda de la medición del impacto logrado por el programa en aquellos niños desnutridos recuperados que concurrieron a los CDI, en términos de los logros en términos de conocimientos, habilidades y prácticas, comparándolo con aquéllos que no concurrieron.

La devolución a los equipos de salud que participaron de Promin de los resultados parciales que se obtuvieron u obtengan de esta u otras investigaciones como forma de cerrar etapas y evaluar los saldos, para posibilitar la reflexión conjunta entre equipos técnicos y locales de las debilidades y fortalezas surgidas de la implementación.

Promover ante los decisores políticos el traba-

jo desde el nivel local ya que son quienes conocen la realidad que debe ser modificada, mostrando resultados de experiencias particulares. Si la articulación de los equipos se produce antes que la ejecución de las intervenciones se garantizará parte del éxito futuro.

En la Evaluación de Programas debe quedar explicitado que ninguna medida aislada resulta una justa estimación del grado de implantación de una intervención, se hace necesario abordar metodologías combinadas, a los efectos de dar cuenta en forma más ajustada y precisa de los resultados e impactos logrados en la población destinataria de los programas sociales. No debe olvidarse que la implantación de un programa debemos entenderla como un proceso de negociación y de consenso entre los distintos actores.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, J. H. "Métodos de estudios en medicina comunitaria" Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1990.
- Aday, L. A., Andersen, R. "Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica" (53) Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación científica N° 534. OPS/OMS., Washington, 1992.
- Aguilar, M. J., Ander-Egg, E. "Evaluación de servicios y programas sociales". Siglo Veintiuno de España. Madrid, 1992.
- Ander-Egg, E. "Metodología y práctica de la animación socio-cultural". Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1984.
- Anuario de la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario. 1998.
- Aronna, A., Enría, G., et al. "Condiciones ambientales y salud en la ciudad de Rosario". Fundación Banco Municipal de Rosario, Escuela de Artes Gráficas del Colegio Salesiano San José. Rosario, 1994.
- Bashhur, R. L., Penschansky, R., Thomas, J. W. citados por Frenk, J.
- Belmartino, S. Bloch, C., Luppi, I., Schapira, M. "Mujer y servicios de salud. Una perspectiva crítica". Rosario, 1996.
- Bloch, C., Godoy, C., Luppi, I., Quinteros, Z. y Troncoso, M. del C. "Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de

Rosario". OPS./OMS. Argentina N° 34. Buenos Aires, 1992.

- Busso, N. F. "Metodologías de Trazadoras de cómo evaluar calidad de la atención médica". Medicina y Sociedad. Vol 14 No.3. Julio/Setiembre 1991.

- Bustelo, E., Isuani, E., "Mucho, poquito o nada. Crisis y alternativas de la política social en los 90", Ciepp. Siglo XXI. Buenos Aires, 1990.

- Chen H. T. "Theory - driven evaluations". USA- SAGE Pub., 1990

- Cohen, E. y Franco, R. "Racionalizando la política social: El papel de la evaluación y su viabilidad". Proposal - ILPES- OEA- LC /IP / R.102. Santiago de Chile, 1992.

- Cohen, E., Franco, R. "Evaluación de proyectos sociales". Siglo Veintiuno Editores. México, 1992.

- Contandriopoulos, A., Champagne, F., Denis, J., Pineault, R. "L' evaluation dans le domaine de la santé: Concepts et methods". Révisé Nov. 1992. Version révisé de l'article des mêmes auteurs publié dans les actes du Colloque "L' evaluation en matière de sante: des concepts à la pratique". Edites par Lebrun, T., Saily, J. C. et Amouretti, L. Crege, 1992.

- Contandriopoulos, A. P., et al. "Savoir préparer une recherche". Montreal. Presses de l' Université de Montreal, 1990.

- Denis J. L., Champagne, F. "Analyse d'implantation". Montréal: GRIS. Université de Montreal, 1990.

- Dever, G., Champagne, F. "Epidemiology in health services management". Rockville. Aspen, 1984.

- Diario La Capital, Sección Economía. "Empleo: 135 mil rosarinos en problemas". Rosario, 18-7-98.

- Diario Página/12. Suplemento Rosario/12. "Rosario, la ciudad de los pibes sin calma". (Informe especial por Guillermo Lanfranco). Rosario, 6-6-99.

- Documento de trabajo: Argentina - Proyecto Materno Infantil y Nutrición. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. (Mimeo). Octubre, 1992.

- Documento interno del Programa Materno,

Infantil y Nutrición. Municipalidad de Rosario. Rosario, 1994

- Documento interno elaborado por el equipo de gestión PROMIN. Unidad Ejecutora Municipal. Mimeo. Rosario, 1993.

- Donabedian, A. "The seven pillars of quality" Vol.114. Arch. Pathol. Lab. Med., 1990.

- Donabedian, A. "La calidad de la atención médica". Ed. La Prensa Mexicana. México, 1984.

- Encuesta domiciliaria de opinión de la población acerca de los Centros de Salud PROMIN - 1998. Informe Final. Buenos Aires, Enero 1999.

- Encuesta permanente de Hogares. Instituto Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de Santa Fe. Onda Mayo, 1998.

- Escudero y Diletto, 1996, citado por Escudero, J. C., López, S. en "La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la Salud Argentina". Revista Salud y Debate. Año X, N° 20 Primavera-Verano, 1998. Buenos Aires, 1998.

- Escudero, J. C., López, S. "La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la Salud Argentina". Revista Salud y Debate, Año X, N° 20 Primavera-Verano, 1998. Buenos Aires, 1998.

- Fernández A., Rozas, M. "Políticas sociales y Trabajo Social". Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1992, citado por Abatedaga, N., Díaz, I., Morón, S. en "Alcances sobre la equidad en la cobertura de un programa de política social. Formulación e implementación del Programa Materno Infantil en un sector de la ciudad de Córdoba". Tesis de Maestría en Administración Pública.

- Ferrer, A. "Cada país tiene el Capitalismo que se merece" Diario Clarín, Sección Opinión. Buenos Aires, 21-03-99.

- Forni, F., Gallart, Ma. M., et al. "Métodos Cualitativos II. La práctica de la Investigación". Capítulo: La integración de metodologías. CEAL, 1993.

- Frenk, J. "El concepto y la medición de la accesibilidad" (80). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación científica N° 534. OPS/OMS. Washington, 1992.

- Gattinara, B., et. al. "Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia", Cad. De Saúde Publica. Río de Janeiro, 11 (3).

²² Whitaker Dalmaso, A., Senna, D. "Desenvolvimento de alternativas para recepção da demanda espontânea em unidade básica de saúde"

Jul-Set., 1995.

- Garrote, N. "Algunas reflexiones acerca de la contribución de la antropología a la problemática de la alimentación y la salud". Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Vol.3: N° 1 y 2 Rosario, Enero-Diciembre de 2000.

- "Gestión integral de programas sociales - Orientada a Resultados". Manual metodológico para la planificación y evaluación de programas sociales. Siempre / UNESCO. Talleres Gráficos de Companhia Melhoramentos de Sao Paulo. San Pablo, 1999.

- Guber, R. "El salvaje metropolitano". Editorial Legasa. Buenos Aires, 1991.

- Hartz, Z. "Evaluation du programme de santé maternelle et infantile dans une région du Nord-Est du Brésil". Tesis doctoral. Montréal, 1993.

- Hermida, C. "Uso de la epidemiología en la evaluación de la salud". Usos y Perspectivas de la Epidemiología. OPS. Washington, 1984.

- Kessner, D. M., Kalk, C. E., Sniger, J. "Assessing health quality. The case of tracers". The New England Journal of Medicine 288 (4), 1973.

- Lo Vuolo, R., Barbeito, A. "La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador". Niño y Dávila Editores-Ciepp. Buenos Aires, 1998.

- López, N., "Mucho peor en el interior" y "Un modelo de exclusión". Diario Página 12, Sección El País. Buenos Aires, 12-8-99.

- Luppi, I. "Diagnóstico comunicacional Promin". Informe final. Rosario, 1995.

- Menéndez, E. "Sistemas locales de Salud. Aproximación teórico-metodológicas". Mimeo.

- Moreno, E. "Los pediatras y la Salud Infantil". Revista Medicina y Sociedad. Vol. 20, N° 4. Cuarto Trimestre. Buenos Aires 1997.

- Morin, E. (1970) citado por Jodelet, D. "Las representaciones sociales: un campo en expansión". Traducción Alsina de Lasalle, E. Material del Seminario de Antropología Médica de Grinberg, M., Margulles, S. et al. Mimeo, ICA-UBA, 1993.

- Moscovici, S., citado por Jodelet, D. en "Las representaciones sociales: un campo en expansión". Traducción de Alsina, E., Material del Seminario de Antropología Médica de Grinberg, M. et al. Programa de Antropología y Salud. Mimeo, ICA-UBA, 1993.

- Patton, M. Q. "The evaluator's responsibility for utilization". Evaluation practice. Vol. 9 N° 2, 1988.

- Penchansky, R., and Thomas, J. W. "The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction". Medical Care, Vol. XIX, N° 2. February, 1981.

- Pérez Serrano, G. "Elaboración de proyectos sociales. Casos prácticos". Narcea, S. A. de Ediciones Madrid. Madrid, 1993.

- Picolo, A., Franchelli, E., De Castro, R. "Asentamientos irregulares de Rosario". Fundación Banco Municipal de Rosario. Escuela de Artes Gráficas del Colegio San José. Rosario, 1992.

- Pícolo, E., Francheli, E., De Castro, M. R., Gasquet, R. "Empleo y desocupación en Rosario y Zona de influencia 1982-1993". Fundación del Banco Municipal, Escuela de Artes Gráficas del Colegio Salesiano San José. Rosario, 1993.

- Rattner, V. "A Epidemiologia no Avaliacao da Qualidade". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12 (Sup.2). Rio de Janeiro, 1996.

Rimlinger y Heidenheimer, F. Citadas por Isuani, E. en Capítulo 1:31 de "Mucho, poquito o nada. Crisis y alternativas de la política social en los noventa" de Bustelo, E., Isuani, E. Ciepp. Siglo XXI. Buenos Aires, 1990.

Rozas Pagaza, M. "La pobreza detrás de las estadísticas". Biblioteca Política Argentina (485). Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, 1996.

Souza Minayo, M. C. de "O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde". Hucitec. Abrasco. 4ta. Edição. Capítulo 2: Fase Exploratória da Pesquisa. Editora Afiliada. São Paulo-Rio de Janeiro, 1996.

Sylver, L. "Aspectos metodológicos em avaliação dos Serviços de Saúde". Planejamento Criativo Novos Desafios teóricos em política de Saúde. Mimeo.

Tanaka O., Cesar, Ch. L. "Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de Sao Paulo, 1989-1990". Cad. de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 12 (Supl. 2). Rio de Janeiro, 1996.

Torres de Quinteros, Z., Huerta, A., Ruiz, L., et al. "Mortalidad en mujeres en edad reproductiva". Revista Investigación en Salud, Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Vol. 3-Nº 1 y 2. Rosario, Enero-Diciembre 2000.

Whitaker Dalmaso, A., Senna, D. "Desenvolvimento de alternativas para recepção da demanda espontânea em unidade básica de saúde". Saúde em Debate, Nº 49-50.Dez/95-Mar/96.

Yin, R. K. "Applications of case study research". Newbury Park, CA: Sage Publications, Chapter 5: Case study designs for evaluationg High-Risk Youth Programs: The Program Dictates the design. 1993.

Yin, R. K. "Case study research: design and methods". Applied Social Research Met. Series (5). USA: Sage Pub., 1984.

Proceso educativo y estrés asistencial en el sistema de residencias.

Teaching/learning process and working stress in Medical Residences.

Orlando, Marta (1); Huerta, Adriana M. (2); Gibbons, Luz (3)

RESUMEN

El presente trabajo focaliza en el desarrollo de los procesos de enseñanza/aprendizaje en las Carreras de Especialización Médicas y las condiciones de relativo sufrimiento o bienestar de los actores involucrados en dichos procesos.

Se parte del supuesto que las condiciones bajo las cuales se desarrolla actualmente el proceso de educación / trabajo de los médicos residentes en el contexto de las instituciones públicas pueden estar generando situaciones de malestar derivadas del incumplimiento de las expectativas iniciales de formación especializada, de presiones asistenciales, condiciones no satisfactorias de trabajo, etc. provocando un particular impacto subjetivo en el colectivo de residentes, lo cual remite a la problemática del estrés asistencial o Síndrome de Burnout.

Se destacan como hallazgos significativos que las figuras que los residentes reconocen como más relevantes en su rol de formadores, fueron los **Jefes de residentes y los residentes de años superiores**. Vale decir que **la responsabilidad**

de la formación recae principalmente sobre recursos que también están en formación. Esto constituye uno de los indicadores que evidencian la degradación de la enseñanza en el post-grado médico.

También se constata la precariedad en la trama relacional como una pieza clave para comprender la problemática del sufrimiento y la enfermedad en los escenarios de educación/trabajo.

Se enfatiza en la necesidad urgente de implementar estrategias que enfoquen este problema favoreciendo la construcción de espacios de encuentro entre los diversos actores institucionales a fin de rediscutir colectivamente los roles de poder instituidos apuntando a definir mecanismos de circulación del poder, y recambio de liderazgos.

PALABRAS CLAVE: Proceso educativo - Proceso de trabajo - Síndrome de Burnout - Mecanismos de reconocimiento.

(1) Médica Especialista en Clínica Médica y Especialista en Geriátría y Gerontología, Ex - Directora de Escuela de Graduados y del APPEP (Área de Planificación y Producción Educativa de Post-grado), Facultad de Ciencias Médicas, UNR

(2) Médica Psiquiatra. Master en Salud Mental. Investigadora del Área de Investigación en Salud, (SSP/MR) Ex Miembro del APPEP, Escuela de Graduados, Facultad de Ciencias Médicas, UNR. E-mail: marazul2a@hotmail.com

(3) Pasante del Área de Investigación en Salud (SSP/MR).

SUMMARY

This study focuses on the development of teaching/learning processes at Medical Residents and the suffering or well-being conditions affecting the actors of the processes.

It was supposed that current conditions under which it's being taking place the education/working process of medical residents on the context of public institutions, may arise suffering situations emerging from non satisfying of education initial expectatives; medical care pressures, non-satisfactory working conditions, provoking all of these a subjective impact that refer to Burnout Syndrome.

Most of medical residents identified Resident's Chief and residents of major experience as the principal educative figures. So, the responsibility of medical education, seems to rest on human resources that still are in a learning processes. In fact, we consider this constitute an indicator of degradation of medical education in the postgraduate level.

It was also identified the fragility of relationships tissues, as a main key to understand the problematic of suffering and illness at education/working scenarios.

It's emphasized on the needing of implementation strategies to cope with this problem, facilitating the building of meeting spaces including all institutional actors so as to discuss institutionalized power roles, and defining mechanisms of distribution and circulation of powerness and changing leaderships.

KEY WORDS: Educative process - Working process - Burnout Syndrome - Recognition mechanisms.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*"ERA UN HOMBRE SIN EXPERIENCIA COL-
ECTIVA,
LO QUE SE DICE UN INDIVIDUO..." CÉLINE*

El presente trabajo parte de una profunda preocupación de la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas (U.N.R.) por el desarrollo de los procesos de enseñanza/aprendizaje

en las Carreras de Especialización Médicas y las condiciones de relativo sufrimiento o bienestar de los actores involucrados en dichos procesos.

Estos procesos formativos tienen lugar en efectores de salud pública de diversos niveles de complejidad (Hospitales, Centros de Salud, Maternidades, etc.), en los que es necesario reconocer múltiples atravesamientos discursivos, a saber: el discurso educativo, el discurso científico, el discurso de la salud pública, el discurso del trabajo, etc. con toda la gama de particularidades que se pueden encontrar en estos campos discursivos.

Tal como plantea Tania Fonseca (1) en su artículo Modos de trabajar, Modos de subjetivar, se consideran indisociables los procesos de subjetivación y la realidad objetiva del trabajo. Porque, tal como se vienen planteando hasta la fecha, - y mucho más en el transcurso de los últimos años- los sistemas de formación médica de postgrado (fundamentalmente las denominadas residencias), constituyen por sobre todas las cosas escenarios de trabajo. En una encuesta realizada por Fiorella, Negro(2) en el 2001, entre médicos residentes del área clínica de los hospitales Centenario y Eva Perón, se recabó que una motivación importante para el ingreso al sistema, se relacionaba con la posibilidad de acceder, durante un período de tres años, a un ingreso salarial estable (80 % de los encuestados asignaban una importancia entre máxima y moderada al ingreso salarial, en el marco de sus expectativas al momento del ingreso al sistema). Por otra parte, se observa como fenómeno creciente, la situación de médicos que al egreso de una residencia, se inscriben en otra especialidad, antes que con fines de ampliar el horizonte formativo, como estrategia de prolongación (al menos por otro período trianual) de la condición de estabilidad en el ingreso salarial. Se trata de una realidad innegable el progresivo proceso de proletarización del sector médico, y la búsqueda angustiosa de inserción laboral en el marco del Estado (en este caso la Universidad), como garantía de un ingreso que el sector privado restringe a una población profesional minoritaria.

Si bien parciales, otros antecedentes aluden a los reclamos que logra articular el colectivo de residentes que se centran fuertemente en resistir cualquier embate que intente reducir el ingreso salarial, mucho más que en torno a la exigencia de una formación profesional de excelencia.

Esta condición ha generado un importante problema en los sistemas formativos, específicamente el vinculado al progresivo deterioro de la calidad educativa. Los profesionales en formación, han venido siendo testigos del progresivo desmantelamiento del hospital público experimentado en los últimos años como producto de la crisis, operando ellos mismos como colchones de amortiguación entre el reclamo de los usuarios y la respuesta cada vez menos satisfactoria de un estado cada vez más reducido. Recién en el transcurso del año 2002, y acompañando movimientos sociales más generalizados, los residentes han comenzado a movilizarse en pos de reivindicaciones más amplias ligadas a la defensa del hospital público.

Un análisis de la problemática de la formación médica requiere una mirada en perspectiva, su ubicación en el contexto formativo más general de nuestra universidad y en la esfera laboral de las prácticas profesionales.

En tal sentido, resulta de interés recuperar algunas reflexiones del Profesor Zilton Andrade, Director del Centro de Investigación Gonçalo Moniz, de la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil, respecto de la situación de la Universidad Estatal de Brasil, en la década del 80, considerando los puntos de contacto que esta referencia marca como trazadores de la realidad de la Educación superior en países latinoamericanos.

"En nuestro tipo de desarrollo dependiente, no se espera que la universidad sea inquieta, contestataria, renovadora, sino dócil y ordenada, para producir los técnicos para operar máquinas sofisticadas, pero no para inventarlas o modificarlas; para reflejar y acompañar los avances científicos de los pueblos más desarrollados, pero no necesariamente para generar aquí nuevos avances y nuevas contribuciones". (3)

Una dimensión central que contribuya a ubicar claramente la formación médica en post-grado en el escenario más general de las prácticas sociales, y por tanto, práctica donde se entrecruzan diversos actores sociales (alumnos, tutores, instructores, jefes de cátedra, etc.), es la dimensión del poder.

Es dable reconocer que esta dimensión atraviesa cualquier práctica social, pero si además, de lo que estamos hablando es de una práctica que se pretende instituir como transformadora, cabe

reconocer que resulta un imperativo tomar esta dimensión no sólo para el análisis de la situación que se pretende transformar sino también para la definición ajustada de las estrategias a seguir.

Para ello, es pertinente clarificar desde qué perspectiva conceptual se concibe el poder; retomando al respecto lo sostenido por Foucault: *"Por poder no quiero decir 'el Poder', como conjunto de instituciones y aparatos que garantizan la sujeción de los ciudadanos (...) Me parece que por poder hay que comprender, primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza immanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales"*(4)

Por otro lado, el impacto de la crisis socio-económica en países subdesarrollados, refuerza la relevancia de considerar los espacios laborales dentro del sector salud, como otro componente del eje de análisis. Esto resulta prioritario si se tiene en cuenta que, siguiendo a Brito, Novick, Mercer (5), los servicios de salud, raramente han sido visibilizados como escenarios donde se concretan **relaciones de trabajo**, más complejas aún para el caso específico de las Carreras/Residencias de postgrado, que suponen a la vez relaciones de trabajo y educación. La escasa visibilización del rol del Estado como ente empleador se da además en el marco de una profunda crisis y el consecuente desmantelamiento de la salud pública, impactando en una progresiva degradación de los espacios formativos al recortarse cada vez más nítidamente a una condición de escenarios de trabajo antes que de escenarios de educación.

Las condiciones bajo las cuales se desarrolla actualmente el proceso de educación / trabajo de los médicos residentes en el contexto de las instituciones públicas pueden estar generando situaciones de malestar derivadas del incumplimiento de las expectativas iniciales de formación especializada, de presiones asistenciales,

condiciones no satisfactorias de trabajo, etc. provocando un particular impacto subjetivo en el colectivo de residentes, lo cual remite a la problemática del estrés asistencial o Síndrome de Burnout.

Se trata de un síndrome de agotamiento físico y emocional que se manifiesta fundamentalmente por el desarrollo de una autoimagen negativa, una actitud negativa frente al trabajo y falta de interés por los usuarios. Es resultado del estrés *"desencadenado por la dedicación laboral en condiciones de trabajo deficientes y del contacto con determinados elementos contextuales del entorno laboral, como consecuencia de altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas aptitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas"*(6). Según Orlowsky (1986), son diversas las posibles consecuencias del desarrollo de este síndrome, a saber, alteraciones emocionales y conductuales, alteraciones psicosomáticas, pérdida de eficacia laboral e impacto en la vida familiar. Otros autores como Flórez Lozano (1994), señalan el alto nivel de ausentismo laboral entre los profesionales afectados por el síndrome, siendo habitual la presencia de cuadros depresivos como así también de conductas adictivas.

Las profesiones de servicio (en particular trabajadores de salud y de la educación), constituyen poblaciones particularmente vulnerables a padecer el síndrome. Se agrega además entre los trabajadores de la salud, el grupo de **residentes** -profesionales de reciente graduación en etapa de formación-, que parece configurar un grupo particular de riesgo, según lo hallado en la bibliografía consultada (7).

En tal sentido, la Escuela Paulista de Medicina de la Universidad Federal de San Pablo, Brasil, ha creado un centro de asistencia e investigación (NAPREME) para médicos residentes (denominación utilizada para la formación de profesionales médicos en posgrado) que, entre otros objetivos procura reducir el estrés, prevenir disfunción profesional y desórdenes emocionales. La decisión de desarrollar este Centro fue influenciada por dos factores principales: el suicidio de cuatro jóvenes médicos (dos de ellos residentes) en la propia institución entre 1995 y 1996, a la vez que la identificación de experiencias similares en otros países. (Nogueira Martins, 1997). Vin-

culado a la magnitud del estrés como producto del entrenamiento en la residencia médica, los mismos autores reportan en 1998 el impacto en la calidad de atención a los pacientes y enfatizan la importancia de considerar estos datos para planificar, organizar y evaluar los programas de formación en las residencias médicas.

Un antecedente similar al referido respecto de la Escuela Paulista se consigna en Canadá, donde comenzaron a emprenderse estudios sobre estrés en residentes médicos a partir del suicidio de tres residentes en Winnipeg en un plazo de quince meses. (Williams, 1997)

La confluencia en el marco de una investigación de las diversas dimensiones involucradas en el proceso educativo, las condiciones específicas bajo las cuales se desarrollan los **procesos de trabajo** y la posible emergencia de la problemática del **estrés asistencial** apunta en última instancia a dilucidar en qué medida, los escenarios de educación/trabajo en los que se desempeñan los graduados, constituyen espacios saludables, y como tales, espacios productores de autonomía y responsabilización de los actores del equipo de salud, o paradójicamente se configuran como espacios productores de sufrimiento y malestar.

OBJETIVOS

- Caracterizar las condiciones actuales bajo las cuales se desempeña el proceso de formación de los alumnos becarios y no becarios de Carreras de postgrado y residencias médicas de la UNR y su relación con el Síndrome de Burnout.
- Identificar las condiciones percibidas por los alumnos como generadoras de malestar en el proceso de educación/trabajo y los sistemas de apoyo y afrontamiento del malestar en el Sistema de Residencia.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de carácter cuantitativo y la técnica adoptada para la recolección de datos fue una encuesta individual dirigida a los alumnos becarios y no becarios de carreras de postgrado y residencias médicas de la UNR del año 2001.

Se utilizó un formulario estructurado, con preguntas cerradas y abiertas, abarcando las tres dimensiones centrales del estudio: **proceso educativo, proceso de trabajo** y medición del **estrés asistencial**, con la identificación, según percepción individual, de las condiciones generadoras del mismo y de los mecanismos de apoyo y afrontamiento para resolver las situaciones de malestar.

La población de referencia estuvo conformada por los Jefes de residentes, alumnos/residentes de Carreras, becarios y no becarios, que contaban con la figura de un Tutor como coordinador del proceso de enseñanza/aprendizaje, y que desarrollaban su formación en dos hospitales provinciales: Centenario y Eva Perón. A fin de facilitar la captación de información en los lugares de trabajo (servicios hospitalarios), se convino previamente con el Tutor de Residentes, el día y horario más apropiados para la realización de las encuestas, contemplando operativamente la necesidad de posibles visitas ulteriores para ampliar al máximo la cobertura de casos.

Dado que la participación en el estudio era de carácter voluntaria, las encuestas recayeron en los residentes que previamente dieron su consentimiento por escrito. Los contenidos de la Hoja de Consentimiento Informado remitían a los objetivos del estudio y técnicas a emplear; información solicitada, etc. advirtiendo sobre la garantía de preservación del anonimato y del compromiso de los autores del trabajo, de efectuar una devolución de los resultados una vez finalizada la investigación.

Respecto del **Proceso Educativo**, el formulario constaba de preguntas cerradas y abiertas vinculadas a: *expectativas al inicio de la especialización, obstáculos para el logro de una adecuada formación, situaciones percibidas como más estresantes en el proceso de formación/trabajo, referentes de formación relevantes para el graduado, condiciones de desarrollo del proceso de toma de decisiones, etc.*

En relación con el **Proceso de trabajo**, se recabó información relativa a variables del *ámbito personal y familiar* tales como edad, sexo, relaciones personales, hijos convivientes, y variables del *ámbito educativo/laboral*, como especialidad seleccionada, año de residencia, horas semanales trabajadas, personas atendidas por día, número

de guardias realizadas por semana, pluriempleo, etc.

Para la medición del **estrés asistencial**, se utilizó el Inventario de Burnout (M.B.I.) diseñado por Maslach y Jackson en 1981 y posteriormente adaptado como Cuestionario Breve de Burnout por Bernardo Moreno y Amalia M. Rivera Delgado (1989, 1997). A los efectos del presente trabajo se introdujeron algunas modificaciones, fundamentalmente reemplazando giros lingüísticos no utilizados usualmente en nuestro contexto socio-cultural.

El M.B.I. consiste en un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems para la evaluación de siete dimensiones: Cansancio Emocional, Despersonalización, Abandono de la Realización Personal, Consecuencias del Burnout y otras tres dimensiones (Tedio, Tarea y Organización). Cada uno de los ítems cuenta con cinco opciones de respuesta de carácter mutuamente excluyente. Las opciones son: en ninguna ocasión; raramente o poco, algunas veces, frecuentemente, siempre, con un puntaje asignado que varía de 1 a 5. Para la mayoría de los ítems la opción "en ninguna ocasión" corresponde al punto 1 y "siempre" equivale a 5 puntos, mientras que en otros ítems esto se invierte.

Cada una de las dimensiones mencionadas son evaluadas a través de tres ítems, considerándose afectadas cuando el promedio de los mismos es mayor a 3 (puntajes de 1 a 5). El perfil del sujeto Burnout según Maslach y Jackson, se caracteriza por una puntuación alta en Cansancio Emocional y Despersonalización y un bajo nivel de Realización Personal. En cuanto a la validez convergente, se han encontrado correlaciones significativas entre las puntuaciones en el Inventario y puntuaciones de conducta llevadas a cabo por observadores, tales como compañeros de trabajo; presencia de características que contribuyen al Burnout y medidas de diversas variables que se relacionan hipotéticamente con el Síndrome. La validez discriminante ha sido evaluada, por ejemplo mediante las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas del Inventario y la satisfacción laboral. (Jackson et al, 1986, en García Izquierdo, 1994)

En una aproximación cualitativa, se profundizó en la percepción de los residentes (diferenciando el año de la residencia) acerca de las causas

que ellos identifican como *condicionantes de su malestar*, como también respecto de las *modalidades de resolución* de los nudos problemáticos en el proceso de educación / trabajo.

RESULTADOS

Se recolectaron datos correspondientes a 127 residentes de los hospitales Centenario (H.C.) y Eva Perón (H.E.P.) durante el segundo semestre del año 2001. Dado que la participación en el estudio era de carácter voluntaria cabe consignar que no se logró una cobertura uniforme. Por ejemplo, para el caso de la Residencia de Clínica del Hospital Eva Perón, los Residentes decidieron en su totalidad no intervenir en el mismo. En el resto de los casos, se obtuvieron respuestas de casi todos los residentes presentes al momento de la visita, con excepción de aquéllos que se encontraban en actividades de Guardia, o bien con licencia.

Por otra parte, cabe mencionar un obstáculo importante a la hora de estimar la cobertura real lograda en el estudio, y que se constituye no obstante en un analizador de la actual organización de las Carreras. En algunos casos, resultó muy dificultoso establecer fehacientemente el número total de alumnos no becarios, desde el momento en que en muchos casos no se cumplía en tiempo y forma con los circuitos institucionales formales de inscripción.

El 70.9% de los encuestados se encontraba realizando la residencia en el H. C., en tanto que el resto la desempeñaba en el H. E. P.

La edad promedio de los encuestados fue de 28.5 años, siendo la edad mínima de 25 años y la edad máxima de 39. No se encontraron diferencias en la edad promedio según el sexo de los residentes como tampoco entre los hospitales.

En el primer grupo de residentes la distribución según el sexo fue homogénea, mientras que en el H.E.P. el porcentaje de mujeres fue levemente inferior. Hubo 2 casos en los que se desconoce el sexo del encuestado. El porcentaje de residentes de 1ero y 2do año fue de alrededor un 30% para ambos casos en el H.C., porcentaje que se redujo a un 27% para primer año y alcanzó un valor de 35.1% en segundo año, en el H.E.P. Los residentes de 3er año acumularon un 23.3

% en el primer hospital mencionado y un 32.4 % en el segundo. El H.C. se caracterizó por el alto porcentaje de residentes especializados en el área clínica (72.2%). En cambio, en el H.E.P., el porcentaje de residentes especializados en el área quirúrgica (56.8%) superó al porcentaje de residentes especializados en el área clínica (Anexo Tabla 1).

La distribución según estado civil presentó un patrón similar en ambos hospitales, encontrándose un 63% con relaciones de pareja estables. Sólo 9 casos tenían hijos (7.1%), de los cuales 5 tenían solo 1 y el resto 2 (Anexo Tabla 2).

El 50% de los residentes del H.E.P. señalaron trabajar como mínimo 94 horas semanales, cifra significativamente mayor a las 88 indicadas por los residentes del H.C.¹ El número promedio de personas que atienden diariamente fue de 22 pacientes, sin encontrarse diferencias entre los dos hospitales.

En cuanto al número promedio de guardias semanales, se encontraron diferencias significativas² entre los hospitales, de manera que un 63.7% de los residentes del H.E.P. señaló realizar 3 o 4 guardias semanales, mientras que dicho porcentaje se reduce a un 33.9% para aquéllos que se encontraban desempeñando la residencia en el H.C. Hubo 7 casos de guardias permanentes (5 correspondientes al H.C y 2 al H.E.P.). En general, las respuestas aludiendo a guardias permanentes fueron suministradas por los Jefes de Residentes.

Respecto a la proporción del tiempo de la jornada laboral que se dedican a interactuar directamente con los beneficiarios, el 35.1% de los residentes del H.E.P. afirmó destinar entre el 75% y el 100% siendo la cifra un tanto menor para los residentes del H.C. (22.2%). Además de las responsabilidades al interior del hospital, casi un 82% admitió realizar trabajos en su casa derivados de sus funciones y sólo un 13.4% reconoció desempeñar otro trabajo (Anexo Tabla 3).

Siguiendo la línea que plantean otros investigadores en esta temática, se consideraron 4 dimensiones centrales para el análisis del Inventario de Burnout: **Cansancio Emocional, Despersonalización, Abandono de la realización personal y Consecuencias del Burnout.** Los porcentajes obtenidos globalmente señalan que los mayores niveles de afectación se dan en **Despersonalización**, con un 71.0%, y en

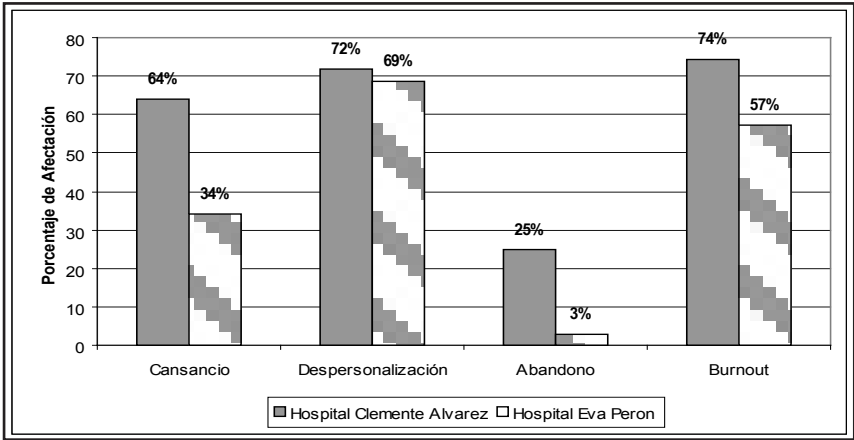
Consecuencias de Burnout, con un 69.4%. Desagregando por hospital, se observaron diferencias significativas en los niveles de afectación de **Cansancio Emocional**³ y **Abandono de la realización personal**⁴. En el H.C. el porcentaje de afectados alcanza un valor del 64.0%, reduciéndose casi a la mitad en el H.E.P. (34.3%). Una diferencia aún mayor se verifica en el caso del **Abandono de la realización personal**, donde los niveles de afectación fueron del 24.7% para el H.C. y sólo 2.9% para el H.E.P (Gráfico 1).

Tomando en forma particular los ítems del inventario de Burnout se destacó que alrededor de un 80% manifestó sólo "raramente o poco"

sentirse identificado con su trabajo, apoyado por sus compañeros y satisfecho con las relaciones que establece.

En cuanto a las **situaciones que producen mayores niveles de estrés** en el trabajo diario, el *riesgo de mala praxis* constituye una fuente de alto nivel de estrés para el 60.6% de los residentes. En segundo lugar de importancia, 39.4% señaló a las *situaciones de maltrato* como fuente de estrés, siendo más mencionada por las mujeres que por los hombres⁵. La *desprotección social* y la *interacción con otros miembros de la residencia* fueron identificadas en un 37.0% y 24.4% de los casos respectivamente. Un 22.0%

Gráfico 1: Niveles de afectación en las dimensiones del Síndrome de Burnout según hospital



de los residentes refirió a la *interacción con otros miembros del servicio* como una situación de estrés, para la cual los hombres⁶ se sintieron más identificados. En menor grado, alrededor de una cuarta parte de los residentes ubicó la *atención de pacientes terminales*; un 16.5% señaló la *interacción con otros compañeros de la residencia* y un 7.8% identificó la *atención de pacientes con patologías infectocontagiosas*. La edad de los residentes no tuvo relación con la mención de las opciones de las situaciones de estrés, como tampoco el hospital ni el año de residencia en el

que se encontraban al momento de la encuesta.

Con respecto a las posibilidades de **responder satisfactoriamente a la demanda con los recursos humanos y materiales disponibles**, casi el 90% consideró que los recursos materiales son insuficientes para satisfacer la demanda de los usuarios y alrededor de un 40% destacó la insuficiencia de los recursos humanos existentes, opinión que no resultó asociada ni con el sexo de los residentes ni con el hospital de pertenencia.

Acerca de las **modalidades de resolución de los problemas del trabajo**, el primer lugar

1 Test de Kolmogorov-Smirnov = 1.651 p=0.009

2 Test de Fisher p=0.016

3 Test $\chi^2_1 = 9.014$ p= 0.003

4 Test $\chi^2_1 = 7.947$ p= 0.005

de importancia, fue asignado, por un 74%, al *aumento de los niveles de organización*. Con porcentajes levemente inferiores, el *aumento de equipamiento* y la *implementación de espacios de formación* fueron sugeridos por el 70% y 64.5% de los residentes respectivamente. El *aumento de remuneración* constituyó una estrategia de resolución de los problemas de trabajo para el 46.5% del personal. Casi el 40% sugirió la *implementación de espacios de reflexión*, y finalmente la *planificación de la asistencia y prevención* fue mencionada por el 35% de los residentes. Un hallazgo a destacar son las diferencias encontradas en la mención de las posibles resoluciones de los problemas de trabajo en los diferentes hospitales y según las edades. Tanto el *aumento de equipamiento*⁷ como el de la *remuneración*⁸ fueron significativamente más nombrados por los residentes del H.E.P. Aquellos que expresaron esta última opción⁹ o bien la *planificación de la asistencia y prevención*¹⁰ como una solución a los problemas de trabajo, registraron edades superiores respecto de los que plantearon otras posibles resoluciones.

Un dato altamente relevante fue la diferencia significativa¹¹ entre ambos hospitales en el porcentaje de individuos satisfechos en ambos hospitales (Gráfico 2). En efecto, en el H. C. sólo la mitad de los residentes se encontraban satisfechos, mientras que en el H.E.P. el porcentaje de satisfacción acumuló el 91% de los casos.

La opinión de los residentes sobre el proceso de aprendizaje en el sistema de residencias, fue indagada a través de tres listados conteniendo un conjunto de ítems que referían a **expectativas al momento de iniciar la residencia, a obstáculos para el logro de una adecuada formación y respecto de la relevancia que asumen por su rol las figuras que integran el grupo de formadores de residentes.**

En los tres casos se solicitó de los residentes establecer un orden de importancia de los dife-

rentes ítems, utilizando una escala numérica de uno en adelante, o sea, de máxima a menor importancia relativa.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la puntuación promedio resultante de las opiniones de los residentes del H.E.P. y del H.C. en ninguna de las opciones listadas, aunque en algunas de ellas se presentaron algunas pequeñas discrepancias.

Respecto de las **expectativas al momento de iniciar la residencia**, la opción a la que se adjudicó mayor importancia fue *recibir instrucción académica específica vinculada a la tarea asistencial en la especialidad seleccionada*. Le siguieron, con promedios similares, el *adquirir destrezas técnicas para la práctica asistencial hospitalaria*, y el *adquirir conocimientos y destrezas para la práctica en los diferentes niveles del sistema de atención*. En tercer y cuarto orden de importancia identificaron la *capacitación en investigación clínica y el acceso a un ingreso salarial estable durante el periodo de residencia*. Finalmente, *adquirir capacitación en investigación epidemiológica y de sistemas y servicios de salud* fue la expectativa señalada como de menor relevancia (Cuadro 1).

La *excesiva carga asistencial* que resta tiempo para el estudio y la investigación surgió como el obstáculo de mayor importancia para el logro de una formación adecuada (Cuadro 2). Otros obstáculos de significación fueron el *escaso acompañamiento y supervisión de los responsables docentes*, como así también la *carencia de insumos materiales/ técnicos* para el desarrollo de la práctica. Los promedios superiores a 3, indicativos de una menor importancia relativa, correspondieron en ese orden, a la *carencia de herramientas pedagógicas de los responsables docentes*, a las *dificultades interpersonales con los mismos y entre el grupo de residentes*.

En relación con las figuras consideradas más relevantes por su rol como formadores de residentes, en primer lugar surgieron los jefes de

⁵ Test $X^2 = 4.810$ $p = 0.02$

⁶ Test $X^2 = 8.040$ $p = 0.004$

⁷ Test $X^2 = 6.70$ $p = 0.009$

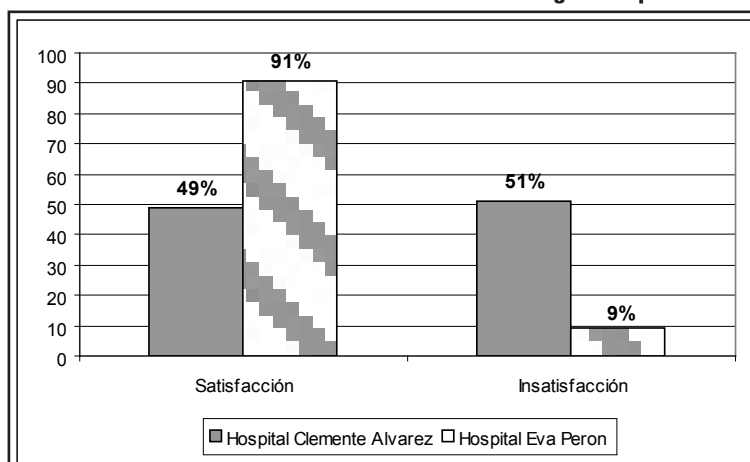
⁸ Test $X^2 = 5.18$ $p = 0.02$

⁹ Test $X^2 = 6.19$ $p = 0.045$ (no se consideró los jefes de residencia)

¹⁰ Test de Kolmogorov - Smirnov $Z = 1.413$ $p = 0.037$

¹¹ Test $X^2 = 17.14$ $p = 0$

Gráfico 2: Satisfacción con la residencia según hospital



Cuadro 1: Orden de importancia en cuanto a las expectativas al momento de iniciar la residencia según hospital

	H. C.	H. E. P.	Total
Recibir instrucción académica específica vinculada a la tarea asistencial en la especialidad seleccionada	1.51	1.60	1.54
Adquirir destrezas técnicas para la práctica asistencial hospitalaria	2.15	2.29	2.19
Adquirir conocimientos y destrezas para la práctica en los diferentes niveles del sistema de atención	2.37	2.77	2.49
Adquirir capacitación en investigación clínica	3.29	3.57	3.38
Acceder a un ingreso durante el periodo de residencia	3.32	3.69	3.43
Adquirir capacitación en investigación epidemiológica y de sistemas y servicios de salud	4.35	4.57	4.42

Cuadro 2: Orden de importancia en cuanto a los obstáculos

que encuentra para el logro de una adecuada formación según hospital

	H. C.	H. E. P.	Total
Excesiva carga asistencial que resta tiempo para el estudio y la investigación	1.67	1.91	1.74
Escaso acompañamiento y supervisión de los responsables docentes	2.36	2.55	2.42
Carencia de insumos materiales / técnicos para el desarrollo de su práctica	2.61	2.49	2.57
Carencia de herramientas pedagógicas de los responsables docentes	3.22	3.45	3.29
Dificultades interpersonales con los responsables docentes	3.68	4.13	3.82
Dificultades interpersonales en el grupo de residentes	4.69	4.97	4.78

Cuadro 3: Orden de importancia en las figuras más relevantes
por su rol como formadores de residentes según hospital

	H. C.	H. E. P.	Total
Jefes de residentes	1.93	1.94	1.94
Residentes de años superiores	2.13	2.06	2.11
Tutor	2.56	3.09	2.71
Instructores	2.58	2.94	2.70
Profesionales del servicio	3.32	3.52	3.39

residentes y en segundo lugar los residentes de años superiores. Las otras figuras identificadas en orden de importancia fueron el tutor, los instructores y finalmente los profesionales del servicio (Cuadro 3).

El tiempo destinado a la formación académica fue considerado *moderadamente inadecuado*, o bien, *insuficiente* por el 64.2% de los residentes. Sólo un 11.4% de los residentes opinó que dicho tiempo es *óptimo*.

Con respecto a la **toma de decisiones**, casi una cuarta parte de los residentes reconoció no tener autonomía en su trabajo para poder decidir algún curso de acción. Frente a ello, 7.1% reconoció "siempre o frecuentemente" tomar decisiones en soledad, al no contar con el respaldo efectivo de sus compañeros de años superiores ni de los responsables docentes, mientras que alrededor de un 63.4% nunca adopta decisiones en soledad.

El respaldo frecuente o generalizado por parte de los compañeros de años superiores para la toma de decisiones, fue reconocido por el 99.2% de los residentes y la posibilidad de hacerla con tranquilidad, por contar con el apoyo de los responsables docentes, fue manifestada por el 41.0%.

La indagación acerca de los **estados de ánimo habituales** de los residentes en su lugar de trabajo, fue operacionalizada a través de un listado de 15 palabras claves solicitando se consignaran aquéllas con las que se sentían más identificados.

En el gráfico 3, considerando sólo los estados de ánimos positivos, se observan claramente las discrepancias entre los dos hospitales. El H.E.P. registró en general mayores proporciones de

residentes con los distintos estados de ánimos positivos, destacándose que las cifras se duplican para el caso de la "motivación" y "satisfacción" con la residencia respecto del H.C.

Complementariamente, el H.C. reúne en general porcentajes más altos en cuanto a los estados de ánimo negativos (Gráfico 4). Un ejemplo, es la percepción de "decepción", cuyo reconocimiento fue significativamente mayor en H.C. que entre los residentes del H.E.P. (36.4% vs. 17.1%).

Globalmente y en orden de importancia, el "cansancio" fue identificado por alrededor del 75% de los residentes como uno de los estados de ánimo más habituales en la residencia, seguido por la "presión" y la "tensión física" que acumularon porcentajes del 47.2% y 40.7% respectivamente. La "ansiedad" y la "angustia" fueron identificadas por menos del 30% de los residentes y el "miedo", el "aburrimiento" y la "depresión" reunieron los porcentajes más bajos de mención dentro de los dos hospitales.

El material emergente de las preguntas abiertas, diferenciado por año de la residencia y por efector hospitalario, permitió reinterpretar algunos resultados cuantitativos y profundizar en la percepción de los residentes sobre las causas del malestar y acerca de las estrategias de afrontamiento que ellos implementan.

A. Causas del malestar

La situación de primer año

Residentes de primer año: el chico de los mandados...

La causa del malestar manifestada por los residentes del H.C. en su casi totalidad, remite a

Gráfico 3: Estados de ánimo positivos según hospital

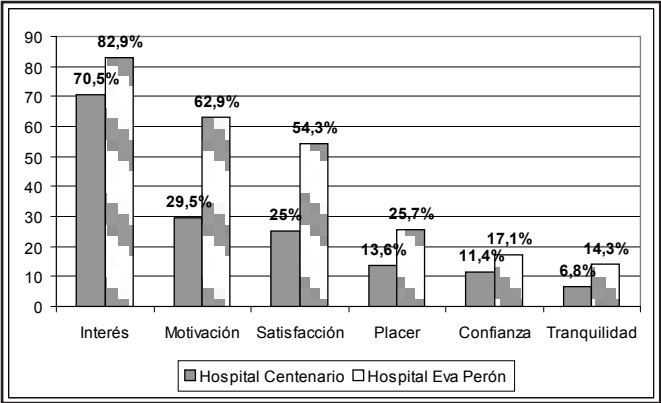
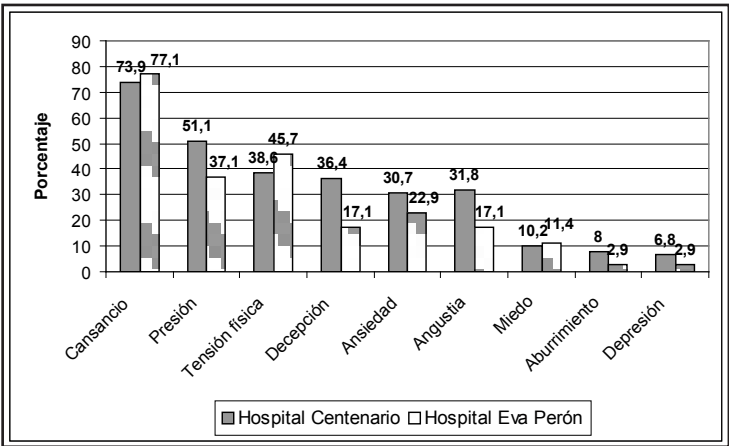


Gráfico 4: Estados de ánimo negativos según hospital



una serie de expresiones que pueden resumirse en la categoría "burocracia", que incluye no sólo el movimiento administrativo vinculado a la atención, sino todo un abanico de actividades que no se relacionan con la formación. Es lo que algunos tutores de la residencia denominan "el trabajo basura" y que parece ser una de las funciones básicas que se le asigna al recién ingresante en el sistema. Cabe destacar que esta situación fue señalada como causante de malestar por un sólo residente del H.E.P.

"Realizo tareas que no me competen, por ej. enfermería, mucama, administrativa, cadete, instrumentista..."

"Dedicamos mucho tiempo para realizar tareas

que no nos sirven. Hacemos el trabajo de enfermeros, camilleros, secretarios que nos distraen de lo que realmente sería importante."

"Excesivo trabajo. Tener que cubrir huecos de otros para que no te sermoneen. Me molesta cubrir huecos por lo que los otros no hacen."

"Caos total que se traslada a nuestra forma de trabajo y de pensar."

"Hacer trámites administrativos que deberían hacer otros (que cobran buen sueldo para ello y se rascan todo el tiempo)"

"Se hace el trabajo que deben hacer otros..."
"Demasiados trámites burocráticos."

El deterioro académico: un denominador común.

La percepción de una "precaria formación académica" apareció como un denominador común en la mayoría de las respuestas abiertas de residentes de 1º año de ambos hospitales. Uno de los factores que relacionan directamente con esta precariedad, fue la "excesiva carga horaria" destinada al trabajo asistencial que no deja margen para el estudio y, como producto de esta misma carga horaria, el "cansancio físico" también atenta contra la posibilidad del estudio.

"Falta de tiempo para estudiar. Falta de descanso."

"Mucho tiempo dentro del Hospital trabajando. Las guardias son muy movidas y no se descansan; al otro día la jornada continúa con igual ritmo, no importa qué haya pasado"

"Básicamente creo que el mayor problema es la falta de estructuración, donde el objetivo es lo asistencial, sin importar demasiado nuestra formación académica."

La letra con sangre entra....

Otro aspecto que pareciera diferenciar la percepción de los residentes de primer año entre los dos hospitales fue el vinculado al "autoritarismo". Las alusiones al verticalismo del sistema formativo aparecieron reiteradas con mucha mayor asiduidad en residentes del H. C.

"Maltrato inútil entre residentes."

"Autoritarismo. Verticalismo en la relación con otros residentes."

"Algunas cuestiones vinculadas con la característica verticalista del sistema que sí bien responde a una estructuración "externa", también tiene que ver con cómo las personas asumen ese rol (llamo a esto cuestiones "internas" del sistema) ambas necesariamente deben ser abordadas en un intento de transformación."

"Presión por parte del jefe de servicio."

"Ciertas presiones que se perciben... a veces se

me escapan circunstancias o manejos con las actividades del Hospital, por las cuales no se me entiende... Yo no pretendo el entendimiento total pero sí la consideración. También creo que quienes ejercen esta presión, por así decirlo, son ignorantes de lo que es el trabajo comparado..."

"Falta de un ambiente de compañerismo entre los integrantes, por la excesiva presión."

"No tenés ni voz ni voto."

Sueño que la vida es sueño...

Una visión compartida por varios residentes de ambos hospitales fue la preocupación por la calidad de vida de los propios residentes.

"Porque mi vida consta en el hospital."

"No poder tener un día para mí una vez al mes. No poder enfermarme."

"Excesiva cantidad de horas de trabajo lo cual conduce a malestar psíquico, agotamiento físico y aislamiento social, impidiendo desarrollar otras áreas que atañen a la salud de un ser humano, y que concretamente la definen, como deporte, actividades culturales, recreación, sueño y alimentación adecuados, desarrollo de relaciones interpersonales fuera del área de trabajo..."

"Desde que entré a la residencia dejé de hacer las cosas que me gustan, como ir al cine, leer, juntarme con mis amigos."

"Falta de infraestructura, baños, colchones, camas, etc. para nuestro bienestar. Falta de buena alimentación."

"Sensación de no tener tiempo para otras actividades de interés ni para pasar tiempo con personas (familia, amigos, etc.)"

La soledad

Uno de los aspectos más tensionantes del grupo que transita por el primer año en ambos hospitales resultó "la falta de respaldo de profesionales con experiencia en la especialidad",

derivando en muchos casos, fundamentalmente en las Jornadas de Guardia y en horas de la tarde, a que médicos sin experiencia se confronten con toma de decisiones para las cuales no están preparados.

"Estamos solos de guardia. Carencia de habilidades para emergencias. Solos ante los otros servicios."

"Guardias sin staff"

"Los Jefes de Cátedra no tienen idea ni interés por las actividades de los residentes."

"Los Jefes de Cátedra no se hacen cargo."

"Falta de respaldo por los reales responsables de la formación académica en el servicio."

"Ausencia de docentes o tutores que apoyen continuamente."

"Debería haber mayor participación por instructores y no dejar todo el trabajo al jefe de residentes."

"Falta de interés, por ser residentes de 1º año del resto de residentes, jefes, etc. por nuestra formación"

La falta de insumos

Finalmente, "la carencia de los insumos necesarios" para dar respuesta a los problemas asistenciales, fue reconocido como otro factor de estrés relevante por todo el grupo, factor al que se agrega la presión de los familiares de los pacientes que reclaman una respuesta.

"Saber qué procedimiento terapéutico es el adecuado para un paciente y no poder hacerlo por falta de presupuesto. En ocasiones esto termina en la muerte del paciente o por ejemplo en la amputación de la persona."

"En ocasiones faltan elementos que son necesarios para el servicio y beneficiosos para algunos pacientes."

"La lucha continua para conseguir los medica-

mentos."

"Las carencias de recursos materiales, hacen que el proceso de enseñanza/aprendizaje se vuelva muy complicado y en ocasiones hasta insoportable."

"Excesiva demanda de los familiares de los pacientes."

La situación de segundo año

Residentes de segundo año: camino a la "gloria"

Algunos ejes de opinión vertidos por el grupo de segundo año resultaron comunes a todos los residentes en general, como "la preocupación por la falta de insumos" y la "carencia de una estructura de apoyo docente en la práctica cotidiana de los residentes", que se reitera a lo largo de todos los años.

Una categoría particular, emergente en la mayoría de los residentes de segundo año del H.C. es el atinente al malestar generado a partir de la implementación de las carreras de post-grad. En tal sentido, el malestar fue expresado, por una parte, vinculado a los cambios que la implementación de las carreras introduce en las condiciones de trabajo.

"El hecho de ser becarios nos perjudicó en muchos elementos en los cuales no estamos cubiertos (problemas judiciales, jubilación, menor remuneración)"

"Debo pagar \$100 por mes, trabajar fuera del hospital para pagar y mantenerme, no nos dan la comida los días que estamos de guardia; no tenemos un día libre (excepto el domingo) que, según el director sería el único día que podríamos trabajar y con ese dinero no alcanza para subsistir."

"Excesivo costo de la cuota de la carrera de post-grad, no compensada por la calidad de enseñanza. No goce de aportes jubilatorios, obra social, recibo de sueldo, etc."

"Que para que los compañeros puedan seguir estudiando y trabajando haya que pagar \$120."

Manoseo. Explotación."

Otra vertiente de malestar vinculada a las carreras de post-grado, fue vinculado con la delimitación de dos "categorías" de alumnos en las mismas: una aludiendo al grupo tradicional de residentes, vale decir aquellos becarios que perciben una renta mensual, y por otra parte, los alumnos no becarios, que carecen de este ingreso, cumpliendo en la mayoría de los casos con obligaciones laborales fuera del hospital para poder solventar su carrera.

"Con la implementación de la carrera coexisten dos sistemas diferentes. Hay exceso de recursos humanos mal distribuidos, con otros intereses y otra predisposición para el trabajo, otras responsabilidades fuera del hospital, lo que genera obstaculización del trabajo de quienes ingresaron bajo el sistema de residencia. El malestar sería el exceso de personas para el número de pacientes

internados, invadiendo espacios, trabajando con otros códigos, con una formación y compromiso ante el trabajo diferente."

"El trato desigual, menor predisposición a transmitir información a los integrantes de la carrera."

"Problemas Interhumanos: Muy mala relación con ciertos residentes que creen que todavía viven en la época del proceso en donde uno no podía opinar ni razonar. No tenemos opinión ni espacio para tomar decisiones."

La situación de tercer año

Residentes de tercer año: en la cima de la colina...

Si bien los nudos problemáticos señalados, son comunes a todo el colectivo de residentes, particularmente el referido a la excesiva carga asistencial y a la carencia de estructura docente que oriente la formación, entre los residentes de tercer año apareció como elemento distintivo un particular énfasis en las condiciones de trabajo como causantes de malestar.

"El lugar físico es incómodo y sucio. Cuando estamos de guardia no tenemos baño, la comida es basura, dormimos en la mugre."

"Sobreexplotación del residente."

"La falta de sensación de «progreso» en lo que me dedico, siendo «mano de obra barata» para que funcione la salud pública, y que como «efecto colateral», tal vez indeseable, uno se forme como médico."

Por otra parte, el grupo de tercer año refleja en las respuestas abiertas lo que podría evaluarse como las consecuencias de un proceso de estrés crónico:

"Falta de algunos recursos que hacen dificultoso y tedioso el manejo de determinados pacientes que para colmo no reconocen tal déficit y exigen soluciones sin colaborar para ello."

"Nos exigen todo a cambio de nada. Los pacientes pretenden que les resolvamos todos los problemas. Muchas cosas se dicen mal. No estoy capacitada para ser R3."

"Estrés extra por la incapacidad de los pacientes y los superiores de comprender las dificultades del Sistema... Estrés personal por no poder resolver los problemas asistenciales debido a la falta de recursos."

"No veo la hora de irme de la Residencia. No hay responsables docentes (Si hay no los conozco). (...) La situación actual de los Residentes inferiores es muy diferente a la que vivimos mi compañero y yo cuando comenzamos la especialidad. Hicimos 10 guardias mensuales, en el verano hacíamos guardia día por medio. Fue un año agotador, espantoso desde todo punto de vista (por supuesto no teníamos vida propia) Y ahora después de haber vivido semejante atrocidad ya no tengo ganas de hacer nada, cuento los días para irme."

"El Hospital y la burocracia a la que nos somet, que nos lleva a confrontarnos con el paciente en lugar de generar una buena relación. La falta de sensación de «progreso» en lo que me

dedico, siendo «mano de obra barata» para que funcione la salud pública, y que como «efecto colateral», tal vez indeseable, uno se forme como médico."

"Sobrecarga social mayor que es inversamente proporcional a las actividades académicas. Salida laboral. (...) Recursos económicos escasos para el paciente desde el Estado. Cansancio físico. Situaciones de estrés (enfrentamientos con padres, falta de recursos)."

La perspectiva de los jefes de residentes

Tribulaciones, lamentos y ocaso de un rey imaginario

Aunque los jefes de residentes constituyen un grupo particular de recursos humanos por haber transitado todo el ciclo de residencia, encontrándose próximos a su egreso del mismo, sus visiones remiten a los mismos nudos problemáticos ya señalados por residentes de otros años, entre ellos, la soledad en la formación:

"Falta de estructura formativa y de conducción, falta de responsabilidad de los que «figuran» a cargo de la Residencia."

"Falta de disponibilidad de instructores en actividades quirúrgicas y académicas."

"Falta de especialistas de experiencia que guíen nuestro desempeño diario."

"Falta de seriedad en distintos niveles: hospitalario (administración, estructura). Formación: No hay programa de formación. No hay control del desempeño laboral. Precariedad: Sin una planificación seria, sin instructores pagos que formen y sin un hospital con insumos, será difícil formar profesionales."

"Los «jefes» e instructores me dan la impresión que vienen al hospital un rato a la mañana, pasan sala, ayudan en cirugías de complejidad, etc. pero no sienten a los pacientes como propios. Son del hospital. Tengo que pasar toda la mañana realizando burocracia, (para lo que generalmente hay gente que se le paga por

hacerlo y no lo hace...) El otro problema es económico. ¿Cómo le pido a un instructor que gana \$50 por mes que venga todas las mañanas?"

Otro eje de malestar señalado por los jefes de residentes se vincula a la "desprotección" frente a la eventualidad de una "mala praxis",

"No contar con cobertura legal."

"Falta de asesoría o respaldo legal a pesar de que estamos permanentemente expuestos en nuestra profesión a juicios de mala praxis."

comenzando en esta etapa, a perfilarse la incertidumbre frente al "futuro laboral".

"Miedo a perder la libertad con la que trabajo acá cuando comience mi actividad profesional."

"A nadie le interesa la formación académica de los Residentes ni tampoco le dan una mano para alguna salida laboral cuando terminan."

B. Estrategias de afrontamiento

En líneas generales, fue posible identificar dos ejes diferentes en lo que refiere a las estrategias que implementan los residentes para afrontar el malestar en el proceso de educación/trabajo. Uno de ellos, alude a estrategias asentadas en el "nivel colectivo", vale decir, la apelación a la red grupal como modo de contención. El otro eje, de "carácter individual", refiere a mecanismos cognitivos que por distintos caminos apuntan a un reforzamiento de la identidad profesional, ya sea por el significado atribuido a la pertenencia al sistema como garantía de prestigio y formación (ser residente, es ante todo, pertenecer a un grupo de "elegidos") o bien, por la valoración directa de las herramientas de conocimiento teórico y fundamentalmente práctico que van adquiriendo a lo largo del proceso.

En la calle, codo a codo, somos mucho más que dos...

"El equipo humano es muy bueno."

"A pesar de mis respuestas negativas hacia la infraestructura del hospital y a la burocracia administrativa que repercute directamente sobre la salud del paciente, estoy en un excelente equipo humano, donde los instructores y residentes superiores me tratan con respeto y con la exigencia que las circunstancias precisan y estoy a gusto cómo con el paso del tiempo voy adquiriendo conocimiento de una especialidad que estoy gustoso de haber elegido."

"Las relaciones humanas son buenas y eso amortigua las dificultades."

"Más allá de lo solos que nos dejan, sí hay un vínculo humano importante entre compañeros (de año sobre todo). Por otra parte los logros que se realizan, son más disfrutados porque son nuestros."

Pertenecer tiene sus privilegios...

"Actualmente tener la posibilidad de formarse en un sistema de residencias es un privilegio de pocos".

"Para mí la Residencia es necesaria y la considero un privilegio ya que en otras profesiones no existe."

"En nuestra especialidad, si bien los jefes son muy exigentes, siguen una modalidad de trabajo que nos otorga prestigio dentro y fuera del hospital. Y creo que se trabaja con responsabilidad y disciplina y es uno de los pocos servicios donde los jefes trabajan a la par de los residentes y se mantienen relaciones estrechas... Lo anterior de relaciones estrechas lo menciono porque en otros servicios el jefe no llega a conocer (en 3 años) ni siquiera el nombre de los residentes."

"A pesar de las dificultades, no es fácil encontrar un lugar donde formarse con un seguimiento y estudio, a pesar de que el mismo se realice no por las personas que considero experimentadas e idóneas y que deberían estar formándonos."

"Me parece que a cualquier médico en formación le resulta satisfactorio estar dentro del sistema de residencia, por más deplorable que éste pueda ser."

"Son pocas las plazas para realizar residencias y tener la posibilidad de hacerla es suficiente."

"Creo que en estos momentos esto es lo más bueno de todas las demás malas residencias."

A pesar de todo...

"Creo que de los sistemas de formación de post-grado existentes es el que otorga mayor capacitación, pero a costa de un gran desgaste personal dado por las exigencias propias del sistema."

"Aunque a veces la presión de los superiores con la cual se trabaja es intensa, al ver los frutos de la misma, uno ve que en la mayoría de los casos se justifica."

"El número de pacientes y la diversidad de patologías que se observan diariamente hace que uno tenga buena experiencia. Las actualizaciones sobre los temas de medicina son constantes y se puede tener opiniones de buenos médicos con mayor experiencia de cualquier servicio."

"Creo que a pesar de sus falencias es por lejos, el mejor sistema de formación ya que uno trabaja y toma decisiones siempre respaldado por médicos capacitados y se discute permanentemente y se justifica cada decisión."

"Porque estoy haciendo algo que me gusta. Tengo sueldo, por lo tanto independencia económica. (...) Con la actividad diaria pude confirmar que me gusta mi carrera."

"A pesar del exceso de trabajo, es lo que quiero hacer."

"Se adecua al perfil de médico que quiero desarrollar en mi formación. Es un adecuado método de aprendizaje a pesar de todas las cosas que esto me implica."

"Porque puedo desarrollarme en lo que me gusta y proyectarme a lo que aspiro en un futuro."

"Porque a pesar de las exigencias que se plantean, de las carencias de medios económicos"

y humanos, y de la falta de tiempo disponible para profundizar en la parte académica, el control de pacientes y patologías que se manejan y los niveles de tensión a los que muchas veces nos vemos sometidos, nos dan la experiencia necesaria para podernos manejar con relativa tranquilidad para ejercer fuera del hospital solos."

"A pesar de los recursos que faltan y la desastrosa organización hospitalaria, y las horas desperdiciadas en trámites burocráticos, logro aprender a costa de dedicar más horas de las que me gustaría."

"Dentro de los espacios de formación es el menos malo."

CONCLUSIONES

Los resultados emergentes del estudio parecen evidenciar una mayor afectación global del grupo de residentes del H.C. comparativamente con los del H. E. P. En efecto, en lo que hace a la afectación específica en las dimensiones del Burnout, salvo para el caso de la **Desperso-nalización** que muestra una distribución uniforme en ambos hospitales, las fases de **Cansancio Emocional** y **Abandono de la Realización Personal** muestran un mayor nivel de afectación en el H.C. Este hecho amerita reflexión sobre todo si se tiene en cuenta que en lo atinente a las condiciones "objetivas" de trabajo, los residentes del H.E.P. son los que realizan mayor número de guardias, permanecen mayor tiempo en el hospital a la vez que destinan más tiempo a la interacción con los pacientes, respecto de sus pares del H.C. De este modo, es necesario reconstruir la lógica que condiciona la producción de sufrimiento en el espacio de educación/trabajo, reconociendo que las llamadas condiciones laborales son sólo una de las dimensiones involucradas en los procesos de trabajo.

Tal como se planteaba en el inicio de este documento, los **médicos residentes** constituyen un grupo de riesgo específico para el desarrollo del Síndrome de Burnout. En función de lo hallado en la revisión bibliográfica, este riesgo incrementado tendría que ver con el alto nivel de expectativas

que exhiben habitualmente los médicos de reciente graduación y el efecto traumático que supone la confrontación de los mismos con su práctica en el contexto de la realidad de los servicios sanitarios, particularmente si del sector público se trata.

Ahora bien, para el grupo particular en estudio, resulta necesario deslindar, **si se trata de profesionales que plantean un excesivo nivel de idealización respecto de la práctica y la formación médica, o si se trata en todo caso, de un grupo expuesto a condiciones de desempeño educativo-laboral que no responden a estándares adecuados de calidad.** Este análisis resulta de fundamental relevancia puesto que de él derivan las **líneas de acción a implementar en el abordaje y la prevención de la problemática del estrés.**

En este sentido, cabe rescatar los datos emergentes respecto de las figuras más relevantes como formadoras de los residentes, puesto que de modo uniforme este rol fue atribuido al **Jefe de residentes** y a los **residentes de años superiores**. Vale decir que para la mayoría del grupo bajo estudio, **la responsabilidad de la formación recae principalmente sobre recursos que también están en formación.** Esto constituye uno de los indicadores que evidencian la degradación de la enseñanza en el post-grado médico. En efecto, el espacio del hospital - escuela, espacio privilegiado de la formación e investigación médica, en el que en décadas anteriores se concretaba la relación profesor/discípulos -matriz educativa que durante años sostuvo la prestigiosa formación médica argentina- fue vaciándose progresivamente al compás del vaciamiento del hospital público.

Aunque buena parte de verdad hay en el decir del actual Ministro de Salud de la Provincia cuando plantea que el sistema *"es perverso y está invertido"* (8), sus expresiones no parecen ubicar, no obstante, la responsabilidad que le cabe a los funcionarios de los sucesivos gobiernos de turno en la construcción de tal sistema. Por el contrario, pareciera recortar el problema de la *"perversión y la inversión"* al hecho de que la renta de un residente sea superior a la de un médico de planta.

En la línea antes mencionada, de mayor afectación general para la población de residentes del H.C., caben destacar la alta frecuencia de la mención de emociones disfóricas y baja mención

de emociones eufóricas, comparativamente con el H.E.P., como los estados de ánimo más habituales en el sistema de residencias. De este modo, el perfil de residente del H.C. parece ser el de un individuo cansado, presionado, desmotivado y con bajo nivel de satisfacción.

Las diferencias marcadas en los niveles de afectación conducen a la reflexión y análisis en torno a dos tópicos: *las particularidades de las lógicas que subyacen a cada institución y las estrategias de afrontamiento que emprenden los grupos.*

Respecto de lo primero, habría que señalar en primer término dos características particulares del H.E.P.: el hecho de encontrarse fuera de la ciudad de Rosario, en la localidad de Granadero Baigorria (Gran Rosario) y la particular organización arquitectónica de la Institución. Cabe recordar que H.E.P. fue el primer establecimiento asistencial de la Provincia de Santa Fe que implementó las Residencias Médicas dependientes de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario.

En efecto, el mencionado hospital cuenta con un cuerpo central, donde se concentran todas las salas de internación, consultorios externos, oficinas administrativas como así también el comedor de residentes y, rodeando este cuerpo principal, una serie de chalets periféricos en los que se insertan diversos servicios hospitalarios (Centro Materno-infantil, Salud Mental, Odontología, Anatomía Patológica, etc.). Otro espacio a considerar es un quincho (enmarcado en el parque del hospital), que constituye un espacio habitual de encuentro de los diferentes residentes que permanecen de Guardia como así también lugar de bienvenidas y despedidas de los grupos de residentes que ingresan/egresan del Sistema. El establecimiento cubre una superficie total de 14.850 metros.

Por otro lado, para comprender el diseño del H.C. resulta necesario contextualizar la época, tal como se explicita en la página de Política Edilicia de la Facultad de Ciencias Médicas en la web, que expresa: *"La arquitectura realizada en la Argentina entre 1880 y 1930, expresa la vocación y el proyecto de una elite, radicados en los principios y las formas europeas, inspirados fundamentalmente en la cultura francesa.*

La elite y el Estado, al asumir la conducción del país, formulan sus programas, atendiendo a

valores de referencia: se recrean temas europeos, el palacio, el club, la residencia; y el estado afirma en el espacio, los principios que expresa la Constitución. Surgen allí los temas del poder, la infraestructura y los servicios, y entre éstos, el hospital y la universidad." (9)

Hacia el año 1911, comienzan las obras de construcción hospitalaria.

"El proyecto general, respeta los cánones academicistas, con un eje de simetría, y pabellones prototípicos, exceptuando el edificio principal del Hospital al norte, y el edificio principal de la Facultad al sur." (10)

El establecimiento fue, no obstante, cambiando sus características, producto fundamentalmente de algunas demoliciones y reconstrucciones llevadas adelante durante la dictadura, pero no cuenta con un comedor (espacio de encuentro común) para el grupo de residentes.

Importa señalar las diferencias en el diseño arquitectónico de ambos establecimientos, habida cuenta que el modo en que se configura la distribución de los espacios institucionales, las vías de circulación, etc. no se encuentran divorciados de la historia ni dejan de imprimir condicionamientos a la dinámica con que se desarrollan dichas instituciones.

Planteaba Kornblit en un análisis de la problemática laboral en nuestro país que diversos estudios evidencian que: *"Las actitudes, los procesos de comunicación y la dinámica grupal son variables determinantes de la productividad, más poderosas que las propiedades estructurales y formales de la organización"* (11)... Desde esta perspectiva, es indudable que los principales condicionantes de malestar en los procesos de trabajo deben buscarse ante todo en fallas en la red social que allí se teje.

Los estados de ánimo positivos más habituales hallados en el sistema de residencia, como son el "interés", la "motivación" y la "satisfacción", siempre reconocidos con mayor frecuencia por los residentes del H.E.P. permitirían hipotetizar que, para el caso de residentes del H.C., aún cuando en un plano estrictamente racional siguen valorizando las ventajas del sistema de residencias, el proceso crónico de *"pequeñas frustraciones cotidianas"* va minando esta construcción cognitiva para dar paso a la pérdida de motivación y como consecuencia estrechamente ligada a ella,

a una pérdida de satisfacción en el trabajo, que no es otra cosa que la pérdida de valorización de aquello que se hace.

Si reconstruimos el mapa institucional que van trazando los residentes, encontramos -para la mayoría de las residencias- una organización en la cual los supuestos responsables de la formación no desempeñan este rol, siendo en cambio **los propios recursos en formación los que asumen esta función**. Este es un primer problema que atañe a los *mecanismos de reconocimiento*, en el sentido de que la tarea de formación de médicos de reciente graduación no parece tener actualmente, el reconocimiento y la jerarquización que tuvo en otras décadas.

Vaciadas de figuras de experiencia que orienten el proceso de aprendizaje, dicho proceso parece transformarse en la repetición de una serie de rutinas que no se organizan en función de las capacidades de los sujetos que se insertan en el sistema, sino en función de **estereotipos institucionales** (*Para el residente de primero, el trabajo basura, para el de tercero, las órdenes y los casos interesantes; para los residentes en general, el adueñamiento del hospital, para los no becarios, el trabajo que no quieren hacer los residentes*).

Esta particular dinámica se inscribe en el escenario más amplio del hospital, donde siguiendo a Wicker, A. (12), se podría hipotetizar la siguiente lógica: un colectivo de trabajo funcionando ineficazmente a partir de las limitaciones existentes en dicho escenario (limitaciones de infraestructura, de insumos y económicas) que dan lugar a los posibles siguientes efectos:

- mayor propensión a realizar tareas de modo negligente;
- importante grado de fragmentación en las actividades con predominio de conductas de repliegue sobre los propios espacios y defensa celosa *"por salvaguardar los propios dominios"*;
- *"escaso interés entre los actores acerca de la calidad del funcionamiento del escenario como un todo"*;
- *pocos esfuerzos de los trabajadores por cooperar con los otros*;
- *relativa baja autoestima con poco sentido de la competencia."*

La reproducción año tras año de esta lógica, va llevando a lo que Sisti, E. (1999) denomina

"aprendizaje de la impotencia". Esto es, procesos de desubjetivación, consecuentes a la *"secuencia de infinitas derrotas cotidianas que el sistema social impone al Yo, y que, circularmente, van condicionando su claudicación anticipada ante los desafíos de la vida."* (13).

Es en este sentido que ubicamos la *precariedad en la trama relacional* como una pieza clave para comprender la problemática del sufrimiento y la enfermedad en los escenarios de educación/trabajo. En efecto, hablar de la precariedad de la red social en el espacio educativo es ubicar la falla en los procesos de reconocimiento interpersonales tanto en una *línea horizontal* (entre los propios residentes y entre residentes y miembros del equipo de salud) como en una *línea vertical* (entre referentes jerárquicos y trabajadores/alumnos). Partiendo de la concepción que los sujetos se constituyen en relación a otros, y que por tanto, es en esta relación que se construye y consolida permanentemente la **identidad**, ubicar las fallas en los procesos de reconocimiento es ubicar un **nudo crítico** en lo que hace a la salud mental de los sujetos.

De allí que se considera necesaria la urgente implementación de estrategias que enfoquen este problema. Para ello, es necesario recordar que, como sugieren diversos autores, es importante distinguir diferentes niveles en lo que refiere a la reproducción de los colectivos humanos, a saber, un nivel de reproducción bio-psicológica, un nivel de reproducción institucional, etc.

Entre otras, es importante ubicar algunas líneas de acción, a saber:

- Favorecer la construcción de espacios de encuentro entre los diversos actores institucionales.
- Posibilitar que en esos encuentros se hable de los problemas "en común".
- Reconstruir grupalmente las metas de la Institución Salud, sin olvidar que lo nuclear de la Institución Salud es "producir salud" (Sousa Campos), no sólo para los pacientes sino para sus propios trabajadores.
- Transparentar en los espacios de encuentro cuáles son los intereses sectoriales de modo tal de habilitar canales de negociación y consenso.
- Rediscutir colectivamente los roles de poder instituidos apuntando a definir mecanismos de circulación del poder y recambio de liderazgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Fonseca, T., Modos de trabalhar, modos de subjetivar, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/trabajo/org47.htm>
- (2) Fiorella, S., Negro Marquín, L., (Tutoras de la Escuela de Graduados, Fac. Ciencias Médicas, UNR) (2001), Borrador de trabajo, Rosario.
- (3) Andrade, Z., (1985), A Crise na Universidade, Cadernos de Saúde Pública, Vol.1, Nº 3, Río de Janeiro.
- (4) Foucault, M. (1985), Historia de la Sexualidad, México: Siglo XXI.
- (5) Brito, P., Novick, M., Mercer, H., (1993), El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las Instituciones, Educación Médica y Salud, Vol.27 Nº 1
- (6) Filgueira Bouza, M. et al, (1994) Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psico-social, SISO/Saude, Nº 23.
- (7) Di Liscia, M.L., Gutiérrez, L., Huerta, A., (2000), El estrés asistencial en los Servicios de Salud, Revista Investigación en Salud, Vol. 3 Nº 1 y 2, Secretaría de Salud Pública, Rosario.
- (8) Declaraciones del Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe, Ingeniero Fernando Bondesio, al Diario La Capital respecto a la situación de los Hospitales Públicos y su sostenimiento por parte de los residentes. Diario La capital, Rosario, 29 de enero de 2003.
- (9) Política Edilicia. El Edificio principal, www.fmedic.unr.edu.ar/index1/htm
- (10) *Ibidem*
- (11) Kornblit, A. L., (1996) Aportes de la Psicología Social a la problemática del trabajo en la sociedad argentina contemporánea, en Trabajo y Empleo. Un abordaje interdisciplinario, Buenos Aires: EUDEBA.
- (12) Wicker, A., (1979) An introduction to Ecological Psychology, citado por Kornblit, A.L., (1996) Aportes de la Psicología Social a la problemática del trabajo en la sociedad argentina contemporánea, en Trabajo y Empleo. Un abordaje interdisciplinario, Buenos Aires: EUDEBA.
- (13) Sisti, E., (1999) Salud mental de base. La teoría y la práctica centroamericanas. Boletín FUNDARED, Año I Nº 5. www.fundared.org.ar

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Orłowski, J. (1986) Burnout. Traducción de la nota editorial de Critical Care. Vol.10, Nº 3, publicación de la Escuela de Enfermería de la UBA.
- Flórez Lozano, J. (1994), Síndrome de estar quemado, en Atance Martínez J. C., Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario, Revista Española de Salud Pública, Vol 71 Nº 3, 1997.
- Di Liscia, M. L., Gutiérrez, L., Huerta, A., El estrés asistencial en los servicios de salud, Rev. Investigación en Salud, Vol. 3, Nº 1 y 2, 2000, Rosario.
- Nogueira-Martins, L.A. et al, A pioneering experience in Brazil: the creation of a center for assistance and research for medical residents (NAPREME) at the Escola Paulista de Medicina, Federal University of Sao Paulo, Universidade Federal de Sao Paulo, Escola Paulista de Medicina, Brazil, Rev-Paul-Med. 1997 Nov-Dec; 115(6): 1570-4
- Williams, L. S., Manitoba suicides force consideration of stresses facing medical residents, CMAJ. 1997 Jun 1; 156(11): 1599-602.
- Maslach, C. & Jackson, S., 1981 (1st. Ed.). Maslach Burnout Inventory, Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc .
- Jackson, S. E., (1986) Toward an understanding of the burnout phenomenon; citado en García Izquierdo et al, Estudio comparativo de dos medidas de Burnout en personal sanitario, Anales de Psiquiatría, Vol. 10, Nº 5, Madrid, 1994.
- García Izquierdo, M. et al, (1994) Estudio comparativo de dos medidas de Burnout en personal sanitario, Anales de Psiquiatría, Vol. 10, Nº.5, Madrid.

ANEXO

Tabla 1: Sexo, año de residencia y especialidad de los residentes según hospital

		H. C.		H. E. P.		Total	
		Número	%	Número	%	Número	%
Sexo	Femenino	44	48.9	16	43.2	60	47.2
	Masculino	44	48.9	21	56.8	65	51.2
	Sin repuesta	2	2.2	-	-	2	1.6
Año	1° Año	31	34.4	10	27.0	41	32.3
	2° Año	28	31.1	13	35.1	41	32.3
	3° Año	21	23.3	12	32.4	33	26.0
	Jefe de Residencia	6	6.7	2	5.4	8	6.3
	Sin respuesta	4	4.4			4	3.1
Especialidad	Area Clínica	65	72.2	16	43.2	81	63.8
	Area Quirúrgica	25	27.8	21	56.8	46	36.2
Total		90	70.9	37	29.1	127	100.0

Tabla 2: Relación de pareja e hijos de los residentes según hospital

		H. C.		H. E. P.		Total	
		Número	%	Número	%	Número	%
Relación de pareja	Con pareja estable	58	64.4	22	59.5	80	63.0
	Sin pareja estable	30	33.3	12	32.4	42	33.1
	Sin repuesta	2	2.2	3	8.1	5	3.9
Hijos	Si	6	6.6	3	8.1	9	7.1
	No	67	74.4	29	78.4	96	75.6
	Sin respuesta	17	18.9	5	13.5	22	17.3
Total		90	70.9	37	29.1	127	100.0

Tabla 3: Tiempo de la jornada que pasan con los beneficiarios, el trabajo en casa y fuera del hospital de los residentes según hospital.

		H. C.		H. E. P.		Total	
		Nro	%	Nro	%	Nro	%
Tiempo con los beneficiarios							
Más del 75%		20	22.2	13	35.1	33	26.0
Entre el 75% y el 50%		43	47.8	17	46.0	60	47.2
Menos del 50%		23	25.6	4	10.8	27	21.3
Sin respuesta		4	4.4	3	8.1	7	5.5
Trabajo en casa							
Si		73	81.1	31	83.8	104	81.9
No		15	16.7	5	13.5	20	15.7
Sin respuesta		2	2.2	1	2.7	3	2.4
Trabajo fuera del hospital							
Si		14	15.6	3	8.1	17	13.4
No		75	83.3	33	89.2	108	85.0
Sin respuesta		1	1.1	1	2.7	2	1.6
Total		90	70.9	37	29.1	127	100.0

Participación Social en salud y Bioética:

Un comité hospitalario de bioética
de la ciudad de Rosario*.

Bioethic and Social Participation in health:

A bioethic committee in a hospital of Rosario city.

Mihal, Ivana.⁽¹⁾

RESUMEN

En este artículo damos cuenta de una investigación sobre bioética y participación social (PS) en salud. En el estudio se aborda la modalidad de la participación social en un comité hospitalario de bioética (CHB) de un hospital de dependencia municipal de la ciudad de Rosario y como ésta es concebida, desde la perspectiva de sus integrantes, teniendo en cuenta sus concepciones, prácticas y saberes.

Para caracterizar la participación social en el comité, analizamos el espacio que en el mismo se le otorga a la población que demanda atención en los servicios del hospital. A su vez, consideramos el contexto institucional en que éste se implementa, problematizándose algunas cuestiones referidas al propio proceso de conformación del comité de bioética y su vinculación con los usuarios y los equipos de salud. Por otra parte, planteamos la importancia de contar entre sus miembros con sujetos de la población (legos) y la dificultad que supone su incorporación.

Bajo un enfoque metodológico de tipo cualitativo, implementamos diversas técnicas para la obtención de información. Entre ellas podemos mencionar observación participante, entrevistas semiestructuradas, encuentros asistemáticos y fuentes documentales (legislación nacional y

provincial, ordenanza municipal, documentos de varios comités).

El trabajo incluye reflexiones en torno a las contradicciones existentes entre aquello que se enuncia desde los integrantes del comité como la 'participación necesaria y anhelada de la población' y aquello que efectivamente se lleva a cabo.

PALABRAS CLAVES: Participación social, Comité de Bioética, Legos, Usuarios, Equipos de salud.

SUMMARY

In this paper we present a research about bioethics and social participation in health. The study takes place in a hospital, which is located in Rosario city, where there is a bioethic committee. The main subject is to know how this group of people understand the social participation, taking into account their conceptions, practice and knowledge.

To comprehend the social participation in this committee, we study the role given to the people who demand for health care services in this hospital. We also analyze the social participation from the user's and the medical profession's point of view in the institutional context, and the relationship between them and the bioethic

* Artículo elaborado a partir de la tesis de grado de la carrera de Antropología, Fac. de Humanidades y Artes, UNR.

¹ Licenciada en Antropología. Escuela de Antropología. Facultad de Humanidades y Artes. U.N.R. (ivanamihal@yahoo.com.ar).

committee. In addition, we consider as a priority the involvement of the community in this kind of working group (laymen) and the difficulty that suppose their incorporation. The methodology to obtain the account will be qualitative, based on interviews, observations and document research (national and provincial laws, city ordinance and different documents of the committees).

This study also reflects on contradictions between what is said by the committee members concerning 'their willingness about the people's participation' and the real participation.

KEYWORDS: Social participation - Bioethic Committee - Laymen - Users - Health's Team.

INTRODUCCIÓN

Plantear la participación social (PS) en tanto concepto teórico implica la consideración de la dimensión política sobre la cual se sustenta. El proceso participativo implica el "ser parte" de las decisiones que se toman, que tanto las cuestiones que la población plantea como suyos como los de las instituciones se integren para formar una "síntesis propia" (Kalinsky y Arrúe, 1993).

El surgimiento de las propuestas de PS, de acuerdo con Testa (1993) ocurre según condiciones de abstracción o concreción. En tanto proceso basado en el "*conocimiento de las necesidades*" de la población, en el que la participación se concibe en términos grupales, resolviendo problemas que al nivel de la acción individual no se pueden

superar, la participación surge como una "*cuestión concreta*". Como proyecto propuesto por altos niveles de decisión gubernamentales, cuya finalidad es la resolución de las necesidades de la población, la participación es una "*abstracción*".

En este sentido, algunos de los análisis que Menéndez recoge (1998a, 1998b) y que evalúan la PS en salud pública concluyen que la población está casi ausente, ya que los programas de salud se instrumentan de manera vertical. Por lo tanto, si hay indicios de su participación ésta se limita a la intervención como "usuario o como recurso", quedando excluida de la toma de decisiones en la programación y planificación. Desde este tipo de participación, la respuesta no le corresponde al Estado ni a los conjuntos sociales sino a cada individuo en particular o a los microgrupos. En éstos, las actividades y prácticas de PS en lo cotidiano apuntan a asegurar la continuidad en el tiempo, precisamente porque muchas de ellas se desarrollan como parte de la vida cotidiana (Menéndez, 1998b).

No obstante, consideramos que también pueden llegar a modificar en parte la situación de los implicados, al poder articular las necesidades de la población con prácticas participativas concretas, a través de la definición de objetivos y acciones que lleven a la resolución o al menos a la formulación de respuestas en torno a las mismas.

A partir de este marco, es que proponemos analizar el papel de la población en un comité hospitalario de bioética (CHB) de un hospital de dependencia municipal de la ciudad de Rosario.

Un CHB puede definirse como un espacio

¹ No se adopta aquí el uso de la categoría mediación como una de las técnicas alternativas de resolución de conflictos que se están utilizando actualmente para dirimir problemas en las empresas, familias o instituciones, entre otras. Se utiliza el término desde una mirada más amplia que no lo reduce sólo a una técnica sino que implica un proceso de intervención para brindar posibles respuestas a determinados conflictos de tipo bioético en la práctica clínica.

² Los conflictos son formas de interacción en cuanto implican la participación de por lo menos dos partes -personas, grupos u organizaciones- que tienen opiniones antagónicas ante el motivo de conflicto. El motivo puede darse por la competencia por objetos u asuntos que refieren a recursos materiales o simbólicos. Pero también el conflicto puede ser el resultado de las distintas percepciones que las partes tienen del objeto o asunto en cuestión (Martínez de Murguía, 1999). No obstante, puede que el conflicto por el cual se demanda la intervención de un comité no sea entre dos partes antagónicas sino que se tengan dudas de las medidas a tomar ante un hecho, por ejemplo que tanto el médico como el paciente no puedan decirse acerca de cual es el mejor tratamiento o terapéutica a seguir ante una determinada situación. Además, en el caso de que al comité se le presentaran diferentes opiniones acerca de una cuestión precisa, puede brindar recomendaciones. A su vez, puede ser un ámbito de mediación al cual pueden recurrir los usuarios de los servicios de salud, los miembros de la institución hospitalaria; otras instituciones (escuelas, etc.) u otros comités que necesiten realizar consultas. Es decir, este espacio se propone como una forma de colaborar en la resolución de los dilemas o conflictos bioéticos que plantea actualmente la práctica médica.

de mediación¹, entre un conflicto bioético² y las posibles soluciones o recomendaciones dadas ante el mismo.

Respecto a su constitución, pueden estar formados por profesionales de distintas disciplinas: tanto de las ciencias sociales como de la salud³ y deben contar entre sus integrantes con sujetos, denominados por algunos autores⁴ como "legos" (miembros de la población sin conocimiento experto). Éstos representan los derechos, valores, puntos de vista e intereses de los pacientes. Los legos pueden ser habitantes del barrio donde se localiza el hospital, miembros de alguna asociación vecinal, de organizaciones religiosas o, en general sujetos dispuestos a integrarse a los CHB (Tealdi, 1990, 1992, 1995).

El comité objeto de estudio⁵ implica la intersección de distintos saberes, ya que está constituido por dos médicas (una especialista en gastroenterología y otra en ginecología), una fonodióloga, una enfermera, una bioquímica, una mucama del hospital, un psicólogo, una trabajadora social y un abogado.

El presente trabajo aborda el tema de la PS en relación a la bioética y más específicamente en uno de sus campos de acción concretos: un CHB, desde las concepciones, prácticas y saberes de sus integrantes. Nos centramos en las particularidades de este CHB desde un punto de vista crítico y problematizador, analizando los conflictos, contradicciones, intereses y concepciones que lo atraviesan y constituyen.

Al indagar específicamente sobre la inserción y participación de la población en el CHB, recurrimos a la utilización de fuentes documentales para contextualizar nuestro objeto de estudio.

En este sentido, las Leyes consultadas: Ley Nacional n°24742, la Ley Provincial n° 10608 como la Ordenanza Municipal n° 6451, definen a los CHB como equipos interdisciplinarios y sólo la Ley Provincial n° 10608 hace mención a la participación de los legos en estos espacios en el art.

3: *"Los comités hospitalarios de bioética funcionarán como equipos interdisciplinarios integrados por representantes de los profesionales de la salud y agrupamientos escalafonarios (personal administrativo, enfermeras, etc.), abogados, filósofos, representantes de la comunidad y representantes de los diversos cultos autorizados..."*.

Del mismo modo, en un Documento del Hospital Garrahan (Mailandi, 1994) de la ciudad de Buenos Aires en el que se presentan una serie de pautas o sugerencias para la creación de un CHB, se plantea que es recomendable la participación de un miembro de la "comunidad" como "representante" de los intereses de los pacientes. Se indica que no debe ser un empleado del hospital y debe ser elegido de acuerdo a los mismos criterios de selección de los otros integrantes.

Asimismo, en el propio Reglamento Interno del comité (1998) -objeto de esta investigación- se establece que "... la composición del mismo deberá atender al carácter multidisciplinario conformándose el comité con representantes de los sectores del comité, con miembros no pertenecientes al mismo y con un representante de la comunidad".

La participación de un solo sujeto de la población en un grupo conformado mayoritariamente por profesionales tal vez no llegue a ser significativa. Es decir, por qué no se puede pensar en que los legos podrían conformar una proporción mayor en el equipo de trabajo. Tal vez esto demuestre las asimetrías que se establecen entre los conocimientos de los expertos y los de la población. No en todas las leyes se hace hincapié en la inclusión de la población, lo cual hace pensar que quizás no se reflexione acerca de para qué y para quiénes se implementarían estos espacios en los hospitales. Se puede hipotetizar acerca del lugar de subordinación de los saberes "no científicos". Esto implicaría asimetrías naturalizadas en la jerarquización entre ambos tipos de conocimiento y en la mayor legitimidad otorgada

3 Los CHB pueden estar formados por miembros provenientes de distintas disciplinas: filósofos, antropólogos, sociólogos, médicos, enfermeros, psicólogos, abogados, sacerdotes, teólogos, etc., los cuales pueden ser parte o no de la estructura hospitalaria donde se inserta (Tealdi, 1990, 1992, 1995).

4 Entre otros: Tealdi, Gracia, etc.

5 Mi inserción en este espacio tuvo lugar por una invitación personal que realiza un médico pediatra. Comencé siendo integrante del comité, es por ello que se me permitió realizar la presente investigación.

a los conocimientos adquiridos por la educación formal, en especial la universitaria. Las omisiones en la Ley Nacional n° 24742 y en la Ordenanza Municipal n° 6451 son por sí solas significativas. Mas aún si se tiene en cuenta que los comités surgen para abordar los dilemas bioéticos que se presentan en la práctica clínica, tanto a los profesionales como a sus pacientes.

Para comprender esta situación en sus distintas dimensiones, abordamos este trabajo desde una perspectiva relacional, teniendo en cuenta tanto a la población que concurre al hospital como a los equipos de salud del mismo. Se consideran también a los destinatarios de las actividades del comité, las funciones que cumple y la manera en que se inscribe en el hospital.

El objetivo general de esta investigación se orienta a caracterizar las representaciones y prácticas de los integrantes de un CHB, en un hospital de dependencia municipal de la ciudad de Rosario, en relación con la PS en salud. Los objetivos específicos se dirigen a: a) describir y analizar el proceso de la PS en salud en un CHB de un hospital de dependencia municipal de la ciudad de Rosario, desde la perspectiva de sus integrantes; b) analizar las concepciones de los usuarios de los servicios del hospital con respecto al comité; c) caracterizar las concepciones de los equipos de salud de este hospital con respecto al comité, d) Identificar la modalidad de construcción de interrelaciones del comité con otros espacios.

Por último, presentamos algunas consideraciones finales que permiten reflexionar sobre el proceso participativo en este espacio.

METODOLOGÍA

El abordaje metodológico consistió en un desarrollo simultáneo de: a) obtención de material empírico proveniente de fuentes primarias a partir de la implementación de distintas técnicas de trabajo de campo, b) recopilación, clasificación y sistematización de fuentes secundarias de tipo documental, c) articulación y contrastación del material de ambas fuentes, en tensión con categorías teóricas y con nuevas problematizaciones emergentes en el desarrollo de la investigación.

Los instrumentos de obtención de informa-

ción consistieron en: observación participante, entrevistas semiestructuradas, encuentros asistémáticos u ocasionales y fuentes documentales.

En cuanto a las primeras, se realizaron en "Curso Bianual Multidisciplinario de Bioética" organizado por la Comisión de Bioética en el Colegio de Médicos de la Segunda Circunscripción de la Provincia de Santa Fe (ciudad de Rosario), durante el período comprendido entre abril y noviembre de 1998. Las conferencias eran brindadas por profesionales de distintas especialidades médicas, por abogados, por una licenciada en filosofía y por especialistas en la disciplina bioética.

Se trataron temáticas variadas que versaron sobre la metodología y los principios de la bioética; la perspectiva jurídica en relación con la bioética; diversos conflictos éticos en el principio y final de la vida; la medicina paliativa, concepción de muerte digna, eutanasia, distanasia y futilidad; los trasplantes de órganos y los parámetros de definición de muerte cerebral. Otros temas fueron: el SIDA y la confidencialidad médica; las concepciones de los Testigos de Jehová en relación con el consentimiento informado (en ciertos tratamientos o intervenciones), entre otros.

El público asistente estaba compuesto por profesionales (médicos, abogados, psicólogos, enfermeras, fonodiólogas, trabajadoras sociales, filósofas), una mucama y dos representantes del Comité de Enlace de los Testigos de Jehová. Algunos de los participantes integraban los CHB de la ciudad de Rosario y poblaciones cercanas.

La tarea observacional permitió conocer de qué manera se realizaba la convocatoria a dichas reuniones, cuáles eran los problemas que el Colegio de Médicos seleccionaba y construía para ser tratados, qué aspectos de los mismos discutía el público con los disertantes.

Otro espacio de observación fue el de un conjunto de reuniones de la Red Regional de Comités de Bioética en el Colegio de Médicos durante 1999, año en que esta red se organizó. Se convocaba a participar en las mismas a todos los CHB ya constituidos y a los que estaban en proceso de formación. Se discutían algunos temas concernientes a la relación médico-paciente, a las directivas anticipadas o "living will" y a la muerte digna, futilidad y distanasia. Además, se analizaban los conflictos que se presentaban en algunos de los CHB de Rosario y se identificaron

las relaciones que el comité establecía con otros espacios institucionales.

El público poco numeroso que asistió a estas reuniones estuvo conformado exclusivamente por miembros de los distintos CHB.

Por otra parte, en el transcurso del mismo año se realizaron diez observaciones en las reuniones de un CHB de un hospital de dependencia municipal de la ciudad de Rosario.

Éstas observaciones posibilitaron conocer la modalidad de trabajo del comité y, a su vez, indagar en el lugar que se le asigna en el hospital.

Con respecto a las entrevistas realizadas a los integrantes del comité, los referentes temáticos que en principio las guiaron fueron: a) modalidad de convocatoria de los integrantes para participar del comité, b) conocimiento o desconocimiento por parte de los informantes de qué era la bioética y los comités de bioética antes de integrar este espacio, c) interés en las temáticas a trabajar en bioética en un hospital de mediana complejidad, d) dificultades presentadas en la formación del comité y la forma de trabajo en equipo.

La emergencia de nuevas temáticas en el desarrollo de las entrevistas posibilitó la apertura hacia los siguientes aspectos: e) problemas del comité en su vinculación con el conjunto del hospital, d) visualización de la incorporación de un sujeto de la comunidad en este espacio, f) modalidad de acceso al mismo por parte de los profesionales y usuarios de los servicios del hospital.

El interés de los profesionales se orientó hacia los problemas del comité en su vinculación con el hospital y no tanto en la relación de este espacio con los usuarios del hospital.

En cuanto a los usuarios, las entrevistas se orientaron hacia el conocimiento de la existencia y de las funciones de un CHB. El tema en general causó y despertó poco interés.

Paralelamente, y para completar la información, se entrevistaron cuatro personas del equipo de salud del hospital, en el contexto de trabajo. Se indagó acerca de las opiniones y valorizaciones sobre la implementación del comité en el hospital y los conocimientos acerca de las actividades del mismo.

Por último, se obtuvo material de encuentros asistemáticos u ocasionales que fue incorporado al análisis por su pertinencia con el tema. Estos encuentros ocurrían a posteriori de las conferen-

cias organizadas por el comité (cinco entre 1998 y 1999, de una hora y media cada una), en salas cercanas al hospital en horarios extralaborales (para la mayoría del personal hospitalario).

Las temáticas tratadas referían al rol de la bioética en el hospital público y en la medicina actual; la moral y la bioética en la problemática hospitalaria; los distintos modelos de atención médica; la historia clínica y el consentimiento informado desde el punto de vista legal; la fertilización asistida, desde el derecho y la religión, y los pacientes terminales.

El análisis de fuentes documentales posibilitó contextualizar e historizar el objeto de estudio en relación con los objetivos de la investigación. Las fuentes documentales son un elemento fundamental para construir el objeto de estudio ya que posibilitan la comprensión de las relaciones, procesos y conflictos que se desarrollan. Son centrales también para conocer la emergencia de las normativas y las concepciones que vehiculizan. Resultaron de particular interés los documentos producidos en Argentina, ya que permitieron realizar un análisis de situaciones, experiencias o discursos más cercanos al contexto de la problemática investigada.

Se analizaron reglamentos, documentos y recomendaciones de comités de bioética de la Argentina, tales como: 1) Documento sobre CHB y Posibilidades de Organización de un CHB en el Hospital Garrahan, de la provincia de Buenos Aires, realizado en el año 1994; 2) La Ley Nacional n° 24.742 (1996); 3) La Ley Provincial n° 10608 que aún no ha sido sancionada, realizada en el año 1999; 4) La Ordenanza Municipal n° 6451 de la ciudad de Rosario (sancionada pero aun no promulgada) del año 1997 y; 5) El Reglamento Interno (1998) del CHB de dependencia municipal de la ciudad de Rosario, objeto de estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1- La red relacional del CHB y sus concepciones predominantes sobre PS

A partir de un conjunto de reuniones de profesionales interesados en dilemas bioéticos realizadas en el hospital y de la concurrencia de los mismos al "Curso Multidisciplinario de Bioética" organizado por la Comisión de Bioética del Colegio

de Médicos⁶ en 1997, se concibe la necesidad de su conformación en el Hospital, lo que se concreta en el mismo año. Desde ese momento el comité forma parte de una red de relaciones interna al propio hospital donde pertenece y también se vincula con otros CHB constituidos o en proceso de conformación.

En el Curso organizado por el Colegio Médico, la relación médico-paciente fue una de las temáticas más intensamente trabajadas, observándose la emergencia de algunos interrogantes y/o posturas que no contemplaron siempre el punto de vista de los pacientes o que, por lo menos, no se cuestionaron la posibilidad de darle otro enfoque a las problemáticas tratadas. Generalmente, las conferencias que resultaban de mayor interés eran las que hacían referencia a pacientes en estado crítico, a los que llegaban en situaciones de emergencia y a los niños, ya que en este tipo de casos el médico no siempre tiene tiempo de consultar a los familiares sobre las intervenciones o tratamientos a realizar. Es de notar que, por otra parte, algunos de los integrantes del público expresaron rechazos hacia la aceptación de la medicina llamada alternativa y hacia la diversidad de creencias, por ejemplo, cuando éstas eran tema de reflexión por parte de los disertantes o de otros miembros del público. Así, en lo que respecta a la eficacia simbólica de determinados tratamientos o terapéuticas para los pacientes se generaron discusiones:

"Público: ...Lo que quería plantear es algo que me había sonado un poco mal al principio, cuando hablaba sobre la fragmentación de la medicina y del auge de la medicina alternativa: cuando planteaba, que lo que yo entendí, la gente tiene un pensamiento mágico por eso se inclina tal vez hacia la medicina alternativa. Yo creo que hay pensamiento mágico tanto en la medicina alternativa, en la gente, hay pensamiento mágico en mucha gente, más allá de la gente común. ¿Por qué?. Porque esto me sonó a... la gente es ignorante, y por eso tiene pensamientos mágicos y por eso se remite a la medicina alternativa. Entonces yo lo planteo más que nada como duda, porque también se dijo que tal vez la gente vaya a un médico, a un homeópata o a un médico del otro

bando diríamos, porque las palabras son duras. Entonces yo me pregunto si las palabras son duras o, a veces, no son eficaces o autoritarias, que ese es un problema que a veces está dado en el discurso médico (...).

Esto me había quedado como duda y un poco en desacuerdo. Creo que lo que hay que plantear es dónde está la eficacia, más que si la gente tiene un pensamiento mágico. Plantear si hay una cuestión de problemas de eficacia (...)." (Reg. n° 33, Una de las conferencias del Curso).

Frente al planteo del público de considerar la eficacia "simbólica" no sólo en lo que respecta a la medicina sino como parte integrante de la vida cotidiana de toda persona, la postura del conferencista no concuerda, y más aún, éste señala que puede ser puesta como en una especie de suspenso:

Disertante: (...). "Cuando hablo de pensamiento mágico, todos lo tenemos. Yo creo que Ud. se encontrará a sí misma teniendo pensamientos mágicos cada dos por tres y yo también. Nada mas que uno dice, con un poquito de suerte: esto es un pensamiento mágico y preferiría no tenerlo, alguna otra gente puede no saber y en este sentido se puede llamar ignorancia, no está dicho peyorativamente (...).

... Con mucha frecuencia recurre a ideas religiosas o místicas en donde se mezclan una serie de cosas que inducen más que nunca al pensamiento mágico. Entonces yo como médico ortodoxo tengo que salir al cruce de esas cosas porque creo que al paciente le hace mal..." (Reg. n° 33, Una de las conferencias del Curso).

Cabe preguntarse qué posibilidades de participación de la población hay desde esta perspectiva si precisamente los conjuntos sociales son los que pueden dar cuenta de ciertas necesidades que se hallan atravesadas y constituidas por esta eficacia, constitutiva también de las prácticas de los equipos de salud.

Podemos señalar que uno de los aportes que podrían hacer los comités es revalorizar efectivamente la perspectiva de la población, la diversidad de creencias, valores y opiniones, es decir la cosmovisión del "otro".

Por otra parte, en el año 1999 el comité pasó

⁶ Dichos integrantes comenzaron el Curso en el año 1997, no obstante las observaciones en el mismo en la presente investigación se iniciaron en el año 1998.

a formar parte también de la Red Regional de Comités de Bioética de la Provincia de Santa Fe. En ninguno de los comités conformados hasta ese momento participaba un lego, lo cual nos dio un indicio que el CHB que analizábamos no difería de los restantes y que la perspectiva de los pacientes se hallaba excluida.

Además desde la Red Regional se organizaron actividades, como la realización de una encuesta sobre una problemática en particular en todos los hospitales de la ciudad que contaban con CHB, la que fue planificada en dos etapas:

"Primero hay que elaborar preguntas para el personal que trabaja en el hospital. En una segunda etapa elaborar preguntas para los pacientes" (Reg. n° 38, integrante de un comité participante de la Red).

No obstante, esta segunda etapa nunca fue instrumentada y la encuesta se diseñó e implementó solamente a nivel de los profesionales y el personal hospitalario, excluyéndose el punto de vista de los usuarios de los servicios del hospital. Ni usuarios del hospital ni sujetos que podrían formar parte de los comités como legos encontraron una aproximación desde estos espacios por donde circulan discursos de carácter bioético.

2- El Proceso de PS en el CHB

a) Perspectiva de sus integrantes

Las concepciones y prácticas de los integrantes del comité con respecto a la participación de la población en este ámbito, se hallaban atravesadas por dudas y contradicciones al respecto. Partimos de la consideración de que: "si bien reconocemos la discrepancia entre las representaciones y las prácticas sociales, dentro del campo de la PS opera un constante distanciamiento entre las propuestas ideológicas y las prácticas sociales. La PS y el tipo de organización que se propone, suelen tener, en algunas tendencias, un componente imaginario que opera como el referente a establecer, aun cuando no se concrete, por lo menos en los términos propuestos" (Menéndez, 1998b).

En este sentido, planteamos que algunos de los miembros del comité sugerían la necesidad de contar en este espacio con "legos", centrando sus discursos en el rol central de los pacientes desde la bioética y la importancia de rescatar los valores y opiniones de éstos para el tratamiento,

discusión o resolución de los casos que pudieran presentarse. No obstante, la preocupación quedaba sólo en una enunciación formal de la misma.

"Todos tenemos algo que decir, porque aunque un lego, una persona sin título universitario o terciario, forme parte del comité, siempre algo tiene que decir. Creo que es importante que haya un lego en los comités, alguien que sea externo a los problemas que siempre hay en el hospital" (Reg. n° 11, integrante del CHB).

"... Una persona del populacho, de la comunidad. Creo que una persona de la comunidad que no estuviera tan cercana a los problemas del hospital podría dar una nueva visión de las cosas" (Reg. n° 26, integrante del CHB).

Por otra parte, estaban quienes partían de las dificultades y obstáculos para encontrar un lego:

"Creo que es importante alguien de la comunidad, lo que pasa es que también es un problema la convocatoria, cómo encontrar el representante, es como encontrar el representante de la raza humana..." (Reg. n° 10, secretario del CHB).

"Se podría elegir a un paciente del hospital, que sepa un poco como es la dinámica del hospital. Podría ser por ejemplo un diabético o la madre de algún chico. Alguien que no tenga problemas graves, una persona con SIDA no... Porque terminaríamos tratando la enfermedad de él, demasiados centrados en su problema y esa no es la finalidad el comité. Tendríamos que buscar a una persona que fuera más neutral en su enfermedad..." (Reg. n° 26, integrante del CHB).

La caracterización de los pacientes con SIDA como "graves", con "poco tiempo de vida" (Reg. n° 26) y su descalificación como hipotéticos integrantes del comité, se asocia al hecho de que si participara un paciente con HIV, sus integrantes se centrarían específicamente en esa temática y no en otras. Esto connota un amplio espectro de valoraciones negativas: primero, cuál es el lugar que tienen los pacientes en el comité desde este punto de vista; segundo, por qué se concibe que si participara un paciente con SIDA el comité se centraría en esta temática exclusivamente, de ser así ¿cuál es la finalidad del comité si no es centrarse en los problemas de los pacientes?

Las opiniones acerca de la incorporación de un lego fueron diversas y no se logró establecer consenso (criterio por el que se rigen en el comité) ante este tema, parecería estar buscán-

dose la aproximación a "interlocutores válidos" (Pucci, 1995). Ambas posiciones centran las resistencias en la dificultad de establecer una convocatoria para invitarlos a formar parte del comité, centrándose entonces la problemática de la ausencia del lego en la elección del mismo como un problema:

"El problema es la elección, cómo se elige a una persona que sea moralmente buena y que esté interesada en participar" (Reg. nº 11, integrante del CHB).

"Me parecería bueno que esté, pero lo veo tan difícil... cómo articular o encarar la búsqueda del lego. No todavía no le encuentro... Porque por ahí también se pensaba bueno en alguien cercano al hospital, algún vecino, alguien que... Digamos si es para tenerlo como una opinión de uno de la comunidad, con uno solo, digamos que uno no va a tener la opinión de la comunidad... El problema es quien es la persona indicada de poner, esa es la historia. Pero me parece difícil que alguien de afuera quiera engancharse, asumir un compromiso" (Reg. nº 27, integrante del CHB).

A pesar de que los legos pueden ser miembros permanentes y/o pueden ser invitados cuando una problemática determinada lo requiera, tampoco hubo interés de convocarlos para esto último. Los integrantes del CHB aun no tienen claro cuál es la importancia de un lego en este espacio y cuál sería su rol en el mismo, por eso plantean que: a) sea "alguien que sea externo" (Reg. nº 11) o no esté demasiado "cercano" a los problemas del hospital; b) sea el "representante" (Reg. nº 10); c) sea "moralmente" (Reg. nº 11) bueno; d) "alguien que no tenga problemas graves, una persona con SIDA no" (Reg. nº 26); e) puede ser "alguien cercano al hospital" (Reg. nº 27), requisito que se contradice con otros anteriores.

Se lo concibe como alguien que tiene que ser "supercalificado" -conocer o no problemáticas que atañen al hospital- pero que, a su vez, es descalificado y rechazado puesto que no se debate sobre su inserción. Esto nos conduce a pensar acerca de qué tipo de representatividad se busca a través de un lego: ¿una representatividad casi universal?, ¿qué garantías se pretenden por medio de la participación de un lego?, ¿por qué se visualiza como un problema la convocatoria?. Podría pensarse que el CHB se está constituyendo como un grupo que no reconoce ni acepta otro tipo

de saber que no sea el que se obtiene a través de la instrucción en el sistema de educación formal, en especial el conocimiento científico legitimado por la universidad.

Los problemas siguen viéndose como propios de los "expertos", no se da cabida a que los pacientes planteen los propios. En los hechos, no se realizaron acciones para que se incluyera a sujetos de los diversos conjuntos sociales, temática que sólo ha sido tratada en dos reuniones de las realizadas entre los años 1997 y 2000, lo cual manifiesta la escasa importancia que se le atribuye a la misma.

b) Perspectiva de los usuarios:

La PS tiene otra arista, además de la que hace alusión a los legos como miembros del CHB, y es precisamente aquella que involucra a los usuarios de los servicios del hospital. Si se instaura un espacio de mediación, como podría ser el CHB, al cual pueden asistir tanto los profesionales del hospital como los usuarios, éstos necesitan estar informados de: qué es un comité, cómo funciona, cuáles son sus objetivos y funciones. A su vez, los profesionales deben brindarles a los usuarios la posibilidad de concurrir al mismo cuando los casos así lo requieran.

A través de los relatos, los integrantes del comité expresaban sus preocupaciones por la falta de demandas de consultas al comité, en torno a las revisiones prospectivas como retrospectivas⁷, hecho que según ellos podría revertirse proporcionando mayor información acerca de la existencia de este espacio en el hospital:

"Por parte de los pacientes yo creo que no es que no hay aceptación, no hay conocimiento de que existimos. O sea, en la medida en que uno, en que no sepan que existimos no van a demandar nuestra intervención" (Reg. nº 27, integrante del CHB).

Sin embargo, los usuarios que concurren frecuentemente al hospital no tienen conocimiento de la existencia de este espacio ni de lo que implica el mismo:

"No, no tengo ni idea de que es un comité de bioética, ¿qué son?" (Reg. nº 22, usuaria del servicio de enfermería).

"... No, nunca los oí nombrar" (Reg. nº 23, usuaria en pasillo del hospital).

"No, yo leo los carteles que hay. Hay mucha

gente que no, ni los mira, pero yo los leo. Pero de eso que vos me decís del comité, no vi nada" (Reg. n° 24, usuaria del servicio de pediatría).

A partir de aquí se desprende un amplio espectro de cuestiones. En primer lugar, surge el interrogante sobre si es con mayor información la forma de estimular la concurrencia de los usuarios al comité, acaso ¿no se han de tener en cuenta las concepciones, saberes y prácticas de los usuarios en su vida cotidiana?. En segundo término, resulta necesario considerar las concepciones de los usuarios en relación con el hospital, cómo ha sido su apropiación y relación con este espacio, es decir, qué representa el hospital.

Además, se necesita conocer si el CHB para los usuarios sería un espacio importante en el hospital, si las necesidades en salud que éstos tienen se pueden solucionar en parte con la participación en el mismo.

Hay que tener en cuenta que este espacio es un componente nuevo en el hospital instalado verticalmente, ya que no se corresponde con el interés de los usuarios en su formación sino del de los integrantes de la institución. Este espacio no forma parte de la memoria colectiva de los diversos conjuntos sociales, como si lo puede ser el hospital, ni encuentra anclaje en sus representaciones previas. En consecuencia, resulta difícil que reconozcan este nuevo ámbito dentro del sector salud, mas aún teniendo en cuenta que la escisión entre los servicios de salud y la población ha sido la situación más frecuente, particularmente en los hospitales.

No obstante, la recuperación de los sentidos o intereses que pueden construir los usuarios en vinculación con este espacio posibilitaría no sólo una aproximación a los mismos sino también la construcción de una nueva concepción del usuario, que implique el abordaje de su participación. Aportar a este proceso de recuperación implica retomar, por ejemplo, el sentido que movilizó a un usuario a participar de una de las charlas organizadas por el CHB -visualizada por la mujer en un transparente del hospital:

"Yo vengo porque está el Padre S., y me gusta como habla y yo siempre lo vengo a escuchar en

misa. A los otros no los conozco... Vine porque vi el cartel cuando fui a sacar turno... Pero qué es esto no sé..." (Reg. n° 20, usuario de los servicios del hospital y participante de una de las charlas brindadas por el comité).

En consecuencia, la relación del comité con los usuarios no pudo desvincularse de las prácticas, conflictos y relaciones que establecen éstos últimos con el hospital en lo cotidiano. Además es importante considerar las eficacias que adquieren ciertos medios para establecer la vinculación con el comité.

La PS es un proceso que implica no sólo la presencia de sujetos de la población sino también la toma de decisiones de los mismos en este espacio. Los usuarios no están involucrados ni en el "ser parte" ni en el "tomar parte". No son parte porque no existen mecanismos de inserción de la población en los servicios de salud como así tampoco en el CHB, porque no se promueven ni desarrollan acciones que aumenten o incluyan la participación de este sector con el que interactúa constantemente. Esta exclusión lleva, por lógica, a que se descarte el otro nivel que implica la participación, el de poder tomar decisiones. Por lo tanto, podría pensarse que la participación de los usuarios es un proyecto o propuesta de una fracción de los miembros del comité, concebida a muy largo plazo pero que por eso mismo hasta el momento es una "abstracción".

c) Perspectiva de los equipos de salud

El abordaje de las representaciones de los equipos de salud con respecto al CHB resulta necesario, si se concibe a este espacio desde una perspectiva relacional que lo vincula al contexto hospitalario en el cual se encuentra inserto.

El que no se presentaran claramente las funciones y los objetivos del comité desde el momento de su formación a partir del mes de abril de 1997, con respecto a los equipos de salud condujo a que se los concibiera como un espacio "cerrado", "selecto", como un "tribunal" (que podía juzgarlos por mala praxis) y acentúan la distancia entre ambas partes de esta relación (equipos de salud y comité), dificultando la posi-

⁷ Reg. n°14: "el comité tiene una función educativa, otra casuística-consultiva y otra normativa". La función consultiva que menciona el entrevistado puede ser sobre revisiones prospectivas de casos (para determinar en cada caso particular cuáles son las alternativas posibles para tomar una decisión) o retrospectivas (sobre casos ya pasados).

bilidad de establecer un diálogo con los distintos servicios para la comprensión de los conflictos por los que atraviesan, algunos de los cuales pueden ser de tipo bioético.

De este modo, cuando se les preguntó a algunos profesionales del hospital si conocían que era la bioética, qué era un CHB y si estaban enterados de sus funciones en el mismo, la mayoría respondió que conocían que había uno pero que no sabían lo que hacían, lo cual puede sintetizarse en el siguiente fragmento de entrevista:

"...Sí, sé que es la bioética. Acá en el hospital están en el comité de bioética M., la chica de fonaudiología, la otra que no me acuerdo como se llama pero que tuvo un bebé hace poco, J., y sé que hay otros pero ahora no me acuerdo. Se reúnen arriba, pero la verdad es que no sé que hacen" (Reg. n° 32, integrante del equipo de salud del hospital).

Puede pensarse que el comité otorgó preferencia en su modalidad de trabajo a aquellas acciones vinculadas a la preparación de charlas o conferencias y a la capacitación de sus miembros⁸. Si bien éstas tuvieron como objetivo atraer al personal y profesionales del hospital más que a los pacientes, en general no lo hicieron puesto que no se realizaron ni en la institución ni en el horario de trabajo de la mayoría del personal, fueron actividades externas. Es destacable la poca asistencia del personal hospitalario a las conferencias, ya que la mayor concurrencia a las mismas provenía de profesionales ajenos al hospital y de los miembros del CHB. Esta situación fue advertida por los integrantes del CHB, por lo cual se organizaron dos charlas en el hospital durante el año 2000, a las que se invitó a participar a la totalidad de los mismos.

"...Hubiera sido interesante antes de realizar las conferencias en otros lugares, haber tenido una presentación y explicación de las actividades del comité en el hospital, así hubiéramos podido aprovechar mejor estas conferencias" (Reg. n° 42, integrante del equipo de salud del hospital y participante de una charla organizada por el CHB).

Esta aproximación resultó positiva, ya que a partir del interés que manifestaron los profesio-

nales de los servicios de salud presentes sobre las problemáticas tratadas, se propuso la realización de otras actividades en el hospital.

Las dificultades señaladas forman parte del proceso constitutivo de este espacio, caracterizado por conflictos, contradicciones y nuevas experiencias y problemáticas.

3- El CHB como "lugar"

En definitiva, sus integrantes no conciben al comité desde una perspectiva relacional que involucre a distintos grupos y sujetos en el contexto hospitalario. La construcción de este espacio en relación con el hospital es parte de un proceso continuo en el que se desarrollan contradicciones, conflictos y nuevas actividades cotidianas. El propio proceso de construcción de este espacio ha sido difícil para sus integrantes, en cuanto a la aproximación al estudio y abordaje de problemáticas nuevas o enfocadas desde otras perspectivas (de allí el constante interés de la capacitación en todo lo referente a discusiones y bibliografía sobre bioética y organización de charlas y conferencias) y en cuanto a la formación y consolidación del equipo de trabajo.

El CHB puede convertirse en un lugar de referencia y significación, de apropiación por parte de los profesionales y personal del hospital, de los legos y los usuarios. El lugar es "triplemente simbólico" porque se expresa como un espacio de identidad, relación e historia. Sin embargo, también puede ser un "no lugar", su opuesto (Augé, 1996).

Desde esta perspectiva, podemos decir que el CHB es un lugar de referencia en el hospital, pero para los equipos de salud del mismo se está constituyendo como un espacio al que se le atribuyen valorizaciones negativas. Sostenemos que un punto de partida favorable para revertir esta situación, fue la apertura de las actividades del CHB en el propio hospital.

Por otra parte, la participación de legos en el CHB podría posibilitar la construcción de un espacio en el que las tomas de decisiones no se restringieran sólo a los "expertos". Sin embargo, la sola incorporación de los mismos, de por sí dificultosa, no implica necesariamente la modifi-

⁸ Tanto las conferencias como la educación de sus miembros forman parte de una de las funciones del comité: la educativa.

cación de esas relaciones asimétricas.

No obstante, podemos pensar que la apropiación del CHB tanto por legos como usuarios implica un proceso de apertura del mismo, y que la exclusión del punto de vista de la población pudo profundizar la conformación de este espacio como disociado de sus necesidades y no formar parte para ellos como un espacio de significación, por lo cual constituye un "no lugar".

Es así como el análisis de prácticas y representaciones de los integrantes del comité permite develar la existencia de preconcepciones con respecto a los legos. Tanto en la ausencia de inserción de un lego como en la falta de discusión acerca de las necesidades de los usuarios, parece no superarse el desconocimiento de la subjetividad del "otro".

Planteamos que si bien la primera prioridad del CHB fueron los equipos de salud, los legos y usuarios en general también deben ser tomados en cuenta como un objetivo del mismo. Para conformarse en un "lugar" de mediación necesita considerar sus prácticas y funciones desde una perspectiva efectivamente relacional, desde los distintos grupos o sujetos que se vinculan con él, para no legitimarse y consolidarse como un espacio asimétrico.

CONSIDERACIONES FINALES

La participación de los legos en la programación, planificación y toma de decisiones en el CHB objeto de estudio podría ser posible, como en otros comités, si es pensada desde una perspectiva que los involucre en la tarea de aportar modos de resolución de conflictos bioéticos en la práctica clínica y en torno a objetivos específicos. La participación puede ser instrumentada para resolver (a través de recomendaciones) los problemas bioéticos que afectan a los usuarios, profesionales tratantes e instituciones o para, problematizar, articular o formular posibles respuestas. Pero se necesita que los integrantes del comité contacten en forma directa y sistemática con los servicios del hospital diariamente para conocer y acercarse a las problemáticas de los usuarios y de los equipos de salud del mismo.

Sin embargo, debemos pensar que los integrantes realizan su trabajo ad-honorem y que muchas veces se encuentran excedidos por las

problemáticas, tanto en su abordaje como en la crisis del sistema de salud que se traduce y se inscribe en la práctica diaria. De allí que la urgencia de estas situaciones difíciles lleve a tratar de formular respuestas a corto plazo y no a la discusión, reconocimiento e intercambio de experiencias, valores, opiniones y saberes en relación a los "otros" en el CHB.

Creemos que esto no puede soslayarse, que no alcanza la mera enunciación formal de la participación de la población en la resolución de los conflictos bioéticos para ser y poder tomar parte en las decisiones o para ir construyendo un espacio en el cual la PS no sea un proyecto irrealizable.

Referencias Bibliográficas

AUGÉ, M. (1996), *Hacia una antropología de los mundos contemporáneos*. Ed. Gedisa. Bs. As.

KALINSKY, B. y ARRÚE, W. (1993), *Claves antropológicas de la salud: el conocimiento de una realidad intercultural*. Miño y Dávila editores. Buenos Aires.

MAILANDI, R. (1994) "*Comités Hospitalarios de Ética*". Documento sobre Comités Hospitalarios de Ética y posibilidad de organización de un Comité Hospitalario de Ética en el Hosp. Garrahan. Hosp. de Pediatría. S.A.M.I.C. Prof. Dr. J.P. Garrahan. Dirección de Docencia e Investigación. Bs. As.

MARTÍNEZ DE MURGUÍA, B. (1999) "*Mediación y resolución de conflictos*". Editorial Paidós. Buenos Aires.

MENÉNDEZ, E. (1998a), "*Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*". Cuadernos Médicos Sociales. N° 73, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Buenos Aires. pp. 5-22.

MENÉNDEZ, E. (1998b), "*Una revisión de conceptos: antropología aplicada, gestión y participación social*". Entrevista realizada por Cecilia Pinto. Revista de la Escuela de Antropología. Facultad de Humanidades y Artes. U.N.R. pp. 107-115.

PUCCI, (1995), "*Autogestión comunitaria asistida de asentamientos populares urbanos: un método de trabajo con la comunidad*". En Red de redes: las prácticas de intervención en las redes

sociales (Comp. Elina Dabas). Editorial Paidós. Buenos Aires.

TEALDI, J. C. (1990), "*Los comités hospitalarios de ética*". Ponencia presentada en el primer Encuentro Nacional de Comités de Ética de la Salud Manuel B. Gonet. Red Regional de Comités de Ética. Escuela Latinoamericana de Bioética. 1997. Publicada en Boletín de la OSP. Vol. 108 (5-6), pp. 431-438.

TEALDI, J. C. (1992), "*Diez preguntas básicas sobre los comités hospitalarios de ética*". Ponencia presentada en el primer Encuentro Nacional de Comités de Ética de la Salud Manuel B. Gonet. Red Regional de Comités de Ética. Escuela Latinoamericana de Bioética. 1997. Publicada en *Revista Noticias*. Sindicato Médico del Uruguay, N°55. pp. 23-24.

TEALDI, J. C. (1995), "*Los comités hospitalarios de ética, seis años después*". Ponencia presentada en el primer Encuentro Nacional de Comités de Ética de la Salud Manuel B. Gonet. Red Regional de Comités de Ética. Escuela Latinoamericana de Bioética. 1997. Publicada en Cuadernos de Bioética. N° 1. Programa regional de Bioética para América Latina, OSP/OMS. pp. 121-134.

TESTA, M. (1993), "*Pensar en Salud*". Lugar Editorial. Buenos Aires.

Identificación de Virotipos de *Escherichia coli* aislados de alimentos listos para el consumo*

Identification of *Escherichia coli* virotypes isolated from ready-to-eat food.

Voltattoni, Patricia (1); Hofer, Claudio (2); Redolfi, Ana L. (3); Figueroa, Pablo (4); Aquili, Virginia (5); Ebner, Guillermo (6); Ferrer, Valeria (7); Dueñas, Susana (8); Baita, Luis (9); Monteverde, Marcos (10); Fernández, Luisa (11); Balagué, Claudia (12)

RESUMEN

Las etiologías de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) son variadas; no obstante una de las especies aisladas con mayor frecuencia es *Escherichia coli* (EC), siendo las cepas enterohemorrágicas (ECEH), enterotoxigénicas, enteropatógenas, enteroinvasivas (ECEI) y enteroagregativas las involucradas en muchos brotes y casos esporádicos de ETA. Los objetivos de este estudio fueron reconocer los grupos prevalentes y los factores de virulencia asociados a las EC aisladas de muestras de alimentos listos para el consumo en Rosario (Argentina) y establecer metodologías rápidas, sencillas, sensibles y económicas para su estudio. La metodología utilizada fue: aislamiento de las EC de alimen-

tos según recomendaciones de la International Commission of Microbiological Specifications for Food, tipificación de las mismas con 30 pruebas bioquímicas, serotipificación, identificación de fimbrias mediante hemoaglutinación, detección de enterohemolisina y α -hemolisina en agar sangre y de Shiga toxinas por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y estudio de la diversidad genómica de los aislamientos mediante REP-PCR. Así se caracterizaron 49 cepas de EC con una gran variabilidad bioquímica. La biotipificación permitió detectar 5 cepas (10,2%) con características bioquímicas de ECEI y otras 7 cepas (14,3%) asociadas a ECEH. Entre estas últimas 2 cepas fueron serotipificadas como O157, una de ellas produjo enterohemolisina y Shiga toxina 1. Otras 2 fueron Shiga toxina 2 y

* Trabajo distinguido con el Primer Premio en las Jornadas Científicas organizadas por el Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública (5 y 6 de setiembre de 2002), en el área de Casos Clínicos/Técnicas y Estudios Bioquímicos.

(1) Instituto del Alimento, Municipalidad de Rosario - E-mail: alimento@rosario.gov.ar (2) Idem 1

(3) Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR - E-mail: cbalague@fbioyf.unr.edu.ar

(4) Idem 1

(5) Idem 3

(6) Instituto del Alimento, Municipalidad de Rosario y Facultad de Cs. Bioquímicas y Farmacéuticas. UNR

(7) Idem 2

(8) Idem 1 (9) Idem 1 (10) Idem 1

(11) Idem 2

(12) Idem 2

enterohemolisina positivas. Cuatro cepas (8,2%) expresaron fimbrias, 2 de las cuales presentaron genes de Shiga toxinas. El análisis de los patrones de REP-PCR indicó una clara diferencia entre las cepas productoras de toxinas, resultado que no permite relacionarlas epidemiológicamente. Los alimentos contaminados eran quesos, ricotas y ensaladas con crema o mayonesa recolectadas al azar en diferentes supermercados. Estos estudios evidenciaron una diseminación en alimentos listos para el consumo de cepas que expresan factores de virulencia, perteneciendo algunas de ellas a biotipos frecuentemente aislados de muestras de pacientes con diarrea o síndrome urémico hemolítico. Estos resultados indican que la detección de estos factores en cepas fenotípica-mente sospechosas de EC productora de ETA, debería ser incorporada al estudio microbiológico de los alimentos.

Palabras clave: Enfermedad transmitida por alimentos - *Escherichia coli* - Factores de virulencia - Shiga toxinas - Síndrome urémico hemolítico.

SUMMARY

The microbial etiologies of food-borne diseases (FBD) are varied; however one of the species frequently isolated is *Escherichia coli* (EC), being the enterohemorrhagic (EHEC), entero-toxigenic, enteropathogenic, enteroinvasive (EIEC) and enteroaggregative strains responsible for many FBD outbreaks and sporadic cases. The goals of this study were the recognition of the prevailing groups and the virulence factors associated to the EC isolates from ready-to-eat food in the city of Rosario (Argentina), and the evaluation of the quickest, most simple, sensitive and cost-effective methodology for that study.

The methodology used was: isolation of food-borne EC as recommended by the International Commission of Microbiological Specifications for Food, characterization by means of 30 biochemical tests, serotyping, recognition assays for fimbriae by hemagglutination, detection of enterohemolysin and α -hemolysin by blood agar tests, revealing of Shiga toxins by polymerase chain reaction (PCR) and REP-PCR to study the clonal relationship of the isolates. We character-

ized 49 biochemical varied EC strains. Biotyping revealed 5 isolates (10,2%) associated to EIEC and another 7 strains (14,3%) related to EHEC. Two of them were serotyped O157, and produced enterohemolysin and Shiga toxin 1 in one case. Another two isolates were positive for Shiga toxin 2 and enterohemolysin. Four strains (8,2%) expressed fimbriae and two of them had Shiga toxin genes. The results of the subtyping by REP-PCR demonstrated differences in the pattern profile of the Shiga toxin producing strains, resulting unrelated clones. The contaminated foods were soft cheese, cottage cheese and salads with cream or mayonnaise randomly collected from different supermarkets. These results evidenced, in ready-to-eat food, a dissemination of a variability of strains that express virulence factors and that some of them belong to the biotypes and serotypes isolated in clinical samples of patients with diarrhea or hemolytic uremic syndrome. This indicates that the detection of these factors in isolates phenotypically suspicious of EC producer of FBD, should be incorporated to the microbiological study of food.

Key words: Food-borne disease - *Escherichia coli* - Virulence factors - Shiga toxins - Hemolytic uremic syndrome.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) constituyen un problema sanitario y económico de relevancia mundial. Según la Organización Mundial de la Salud ocurren por año, aproximadamente, 1.300 millones de casos de diarrea aguda en niños menores de 5 años, de los cuales fallecen 3 millones. Si consideramos que se estima que del 15 al 70% de estos casos son causados por la ingesta de alimentos, tendremos cifras alarmantes de ETA. Las etiologías son variadas, no obstante las bacterianas constituyen el 90% de las ETA notificadas. El análisis microbiológico de los alimentos es determinante en la identificación de indicadores de contaminación, agentes etiológicos y fuentes de diseminación de enfermedades infecciosas del tracto gastro-intestinal. Una de las especies aisladas con mayor frecuencia como contaminante es *Escherichia coli* (EC).

Escherichia coli es un habitante normal del intestino, donde es el microorganismo anaerobio facultativo predominante. Su presencia en alimentos se utiliza como indicador de contaminación fecal; sin embargo algunas cepas producen patologías severas como disentería, colitis hemorrágica y síndrome urémico hemolítico. La ingesta de aguas o alimentos contaminados con cepas de EC capaces de adherirse, invadir o producir toxinas, puede afectar tanto a la pared intestinal como a otros órganos o sistemas. En la última década se han desarrollado y probado una variedad de métodos con el objetivo de identificar clones de EC productores de diarreas y síndrome urémico hemolítico. Lamentablemente, sólo parte de estas determinaciones se realizan de rutina en el estudio de la microbiología de los alimentos, debido a su alto costo y complejidad. Las cepas virulentas de EC enteroinvasivas (ECEI), las enterohemorrágicas (ECEH), las enteropatógenas (ECEP), las enterotoxigénicas (ECET), las enteroagregativas (ECEA) y las de adherencia difusa son cepas frecuentemente involucrados en brotes y casos esporádicos de ETA. Algunos de estos virotipos o cepas virulentas presentan características fenotípicas evidenciables (biotipo -tipo bioquímico-; serotipo -clase de antígeno O-; fimbriación -tipo de adhesina- y hemolisina -clase de toxina-) predominantes entre sus clones, que permiten diferenciarlos de las cepas que carecen de poder diarreogénico. Además, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es un método genotípico sencillo que permite identificar a los factores de virulencia.

OBJETIVOS

- Reconocer los grupos prevalentes y los factores de virulencia asociados a las cepas de *Escherichia coli* aisladas en el Instituto del Alimento de las muestras de monitoreo microbiológico para el control de establecimientos expendedores o elaboradores de alimentos en la ciudad de Rosario. Este reconocimiento permitirá identificar agentes etiológicos y fuentes de diseminación de cepas productoras de diarreas y otras infecciones de origen alimentario.

- Establecer la aplicación de herramientas metodológicas sencillas y económicas al estudio

microbiológico de estas cepas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Microorganismos: las cepas de EC utilizadas en este estudio fueron aisladas de alimentos listos para consumir (quesos blandos, ricota, ensaladas con cremas o mayonesa, comidas compuestas con salsas, hamburguesas, sandwich) con la metodología recomendada por la International Commission of Microbiological Specifications for Food (ICMSF).

Identificación bioquímica: se realizó una tipificación con 30 pruebas que incluían la utilizadas para identificar ECEI y ECEH: lisina, movilidad, sacarosa, salicina, esculina, glicerol, α glucuronidasa y sorbitol.

Serotipificación: se utilizaron antisueros para la detección de ECEP (Diagnostic Pasteur) y para identificar *E. coli* O157 (Difco).

REP-PCR: La preparación del templado de ADN cromosomal de las cepas fue realizada con Wizard Genomic DNA purification kit (Promega). Los cebadores 5' IIIICGICGICATCIGGC y 5' ICGICTTATCIGGCCTAC fueron usados para amplificar elementos extragénicos palindrómicos repetidos. El perfil electroforético obtenido permitió analizar la diversidad o similitud genómica de los aislamientos de EC.

Detección de adhesinas: ECET: Se identificaron fimbrias Tipo 1, CFAI y CFAll por hemoaglutinación manosa - sensible o resistente de eritrocitos de cobayo, de cobayo adsorbidos con globósidos, bovinos y humanos grupo A. Se determinó el título de hemaglutinación de las cepas crecidas en agar CFA (factor antigénico de colonización) y resuspendidas en PBS (buffer fosfato salino) hasta un valor de 1 DO a 540 nm. Diluciones seriadas se enfrentaron con una suspensión de cada uno de los tipos de eritrocitos al 5% en microplacas. La hemoaglutinación se consideró manosa - resistente cuando se produjo el mismo grado de aglutinación en presencia de manosa. Se utilizaron como controles dos cepas identificadas por el A.N.L.I.S. "Dr. Carlos G. Malbrán".

ECEA: ensayo de agregabilidad: las cepas fueron cultivadas durante 20 h en caldo Mueller-Hinton con agitación. Luego se observó la formación de grumos en la superficie por microscopía óptica. **Hidrofobicidad superficial:** En una placa de vidrio se enfrentaron una ansada de cultivo bacteriano crecido en medio CFA sólido durante 18 h con 50 ml de una solución de sulfato de amonio 2 M. Se agitó durante 10 min. a temperatura ambiente y se efectuó la lectura. La reacción fue considerada positiva cuando se observó agregación bacteriana macroscópica. Diluciones seriadas de la solución anterior permitieron determinar grados de hidrofobicidad expresados como la mínima molaridad de la sal que produce agregados visibles.

Detección de toxinas: **ECEH:** α -hemolisina: las cepas se desarrollaron durante 4 h en caldo de carne alcalino con 0,2 % de glucosa. Los sobrenadantes en diluciones seriadas se incubaron durante 2 h a 37° C con una suspensión de eritrocitos de carnero al 5 % en SF. La hemoglobina liberada se midió a 540 nm y el valor se normalizó por unidad de DO de cultivo bacteriano. Se utilizaron como control una cepa uropatógena productora de hemolisina. **Enterohemolisina:** se detectó mediante la utilización de glóbulos rojos de carnero lavados y suplementando el medio con CaCl_2 . **Shigatoxina (Stx):** Se detectó por la reacción en cadena de la polimerasa. Los cebadores específicos para Stx1 son 5'-GAAGAGTCCGTGGATTACG-3' y 5'-AGCGATGCAGCTATTTAA-3'. Para Stx2: 5'-TTAACCACACCCACGGCAGT-3' y 5'-GCTCTGGATGCATCTCTGGT-3'. La metodología utilizada fue la descripta por Saiki y col. Se usaron como controles las cepas de EC 933J para Stx1 y E32511 para Stx2c provistas por el A.N.L.I.S. "Dr. Carlos G. Malbrán".

RESULTADOS

Se caracterizaron, mediante biotipificación, serotipificación, e identificación de factores de virulencia, 49 cepas de EC aisladas de alimentos como quesos, ensaladas, sandwich y comidas de rotiserías y 56 cepas de coprocultivos de pacientes sin gastroenteritis, que fueron utilizadas como controles negativos.

El análisis del biotipo demostró una gran

variabilidad entre las cepas estudiadas, particularmente cuando se ensayó la capacidad de utilizar distintos azúcares y aminoácidos. Para las siguientes pruebas bioquímicas se observó igual comportamiento en todos los microorganismos: Citrato, Urea, TSI (hierro-triple azúcar), Arginina, Voges Proskauer, Rojo de metilo, Fenilalanina, D-Xilosa, D-Manitol y Glucosa. Mientras que las demás 20 pruebas dieron resultados diversos. A pesar de la variabilidad bioquímica de las cepas, la tipificación permitió detectar entre los aislamientos de alimentos cinco cepas de EC (10,2 %) con cuatro características bioquímicas asociadas a cepas ECEI (desaminación de lisina, hidrólisis de esculina, fermentación de sacarosa y salicina, todas negativas) y otras siete cepas (14,3 %) asociadas a aislamientos ECEH (fermentación de sorbitol y actividad α -glucuronidasa, negativas). Entre estas últimas se identificaron serológicamente dos cepas como EC 0157. En 1982 fueron detectados por primera vez dos brotes de colitis hemorrágica que afectaron a comensales de una cadena de comidas rápidas de EE.UU. La cepa de ECEH involucrada correspondió al serotipo 0157:H7. Desde entonces, éste y otros serotipos han sido asociados a numerosos brotes o casos esporádicos de colitis hemorrágica y/o síndrome urémico hemolítico en distintas partes del mundo, incluida Argentina. De allí la importancia de haber identificado dos cepas 0157 en comidas listas para el consumo, para poder establecer estrategias de prevención y control.

Cuadro 1:
Porcentaje de aislamientos con perfil bioquímico asociado a ECEH o ECEI

	TOTAL ECEH	%Cepas 0157	%Serología ECEI	%Cepas
MUESTRAS CONTROL (*)	56	0	0	0
MUESTRAS DE ALIMENTOS	49	14,3	4,1	10,2

(*) cepas de coprocultivos de pacientes sin gastroenteritis que fueron utilizadas como controles negativos. *ECEH: Escherichia coli entero-hemorrágica. ECEI: Escherichia coli entero-invasiva.*

Debido a que diferentes virotipos de *E. coli* productores de diarreas expresan una variabilidad importante de factores de virulencia, se determinaron los más frecuentemente asociados a cada uno de ellos. Considerando además que la expresión de toxinas y adhesinas puede estar inhibida fuera del huésped animal, se realizaron ensayos de inducción mediante pasajes sucesivos por medios de cultivo suplementados con sangre o casamino ácido. Algunas de las cepas con perfil bioquímico asociado a ECEH expresaron factores de patogenicidad como toxinas y adhesinas. Las toxinas Shiga (Stx) son potentes citotoxinas, las que liberadas en el intestino, pasan a la circulación sanguínea y causan daños a nivel del endotelio vascular. Uno de los aislamientos de quesos de pasta blanda produjo una toxina hemolítica (enterohemolisina) y en el ensayo de PCR amplificó el gen que codifica Stx2. Otras dos cepas fueron enterohemolisina positiva y 5 de ellas mostraron una elevada hidrofobicidad superficial. Esta última característica está frecuentemente asociada a cepas con elevada capacidad de adherencia a mucosas y superficies inertes.

(*) grados de hidrofobicidad expresados como la mínima molaridad de sulfato de amonio que produce agregados visibles. Stx: toxina Shiga. Sor: sorbitol, mug: actividad α -glucuronidasa, sac: sacarosa, lis: lisina, sal: salicina, sac: sacarosa, esc: esculina.

En una de las comidas analizadas la cepa de ECEI identificada presentó idéntico biotipo (corroborado con todas las pruebas bioquímicas e identificación de los factores de virulencia) a otra aislada de su materia prima en origen (ricota), resultado que permitió rastrear la fuente de diseminación de este clon. Es importante considerar que las cepas enteroinvasivas son una causa frecuente de disentería bacilar.

Otro virotipo de la misma especie es EC enterotoxigénica, la que provoca diarreas secretorias en la población pediátrica. Cuatro cepas (8,2 %) expresaron fimbrias manosa-resistentes (MR - características de cepas ECET), dos de las cuales fueron positivas para Stx1 o Stx2. Las El análisis

Cuadro 2:
Origen y características de las cepas de *Escherichia coli* enterohemorrágica

Alimento	CEPA	Pruebas Bioquímicas Negativas	Hidrofobicidad Superficial (*)	Stx	α Hemolisina
queso port sal.	2379 (0157)	sor,mug,lis,esc	1	Stx2	+ con calcio
pollo c/salsa	4823 (0157)	sor, mug	0,0625	-	-
queso crem.	4826	sor, mug, sac, lis	1	-	-
ensal./crema	4989	sor, mug	-	-	-
ricota	5266	sor, mug, sal, sac	1	-	+ con calcio
ricota	5468	sor, mug, lis	1	-	+ con calcio
pionono	4987	sor, mug, lis	-	-	-

cepas toxigénicas que poseen estas fimbrias tienen la capacidad de reconocer receptores específicos del enterocito y permanecer adheridas ejerciendo su acción patogénica. Además, otros 8 aislamientos (16,4 %) demostraron una elevada hidrofobicidad superficial que favorece la adhesión inespecífica.

(*) grados de hidrofobicidad expresados como la mínima molaridad de sulfato de amonio que produce agregados visibles. Stx: toxina Shiga. Sor: sorbitol, mug: actividad α -glucuronidasa, sac:

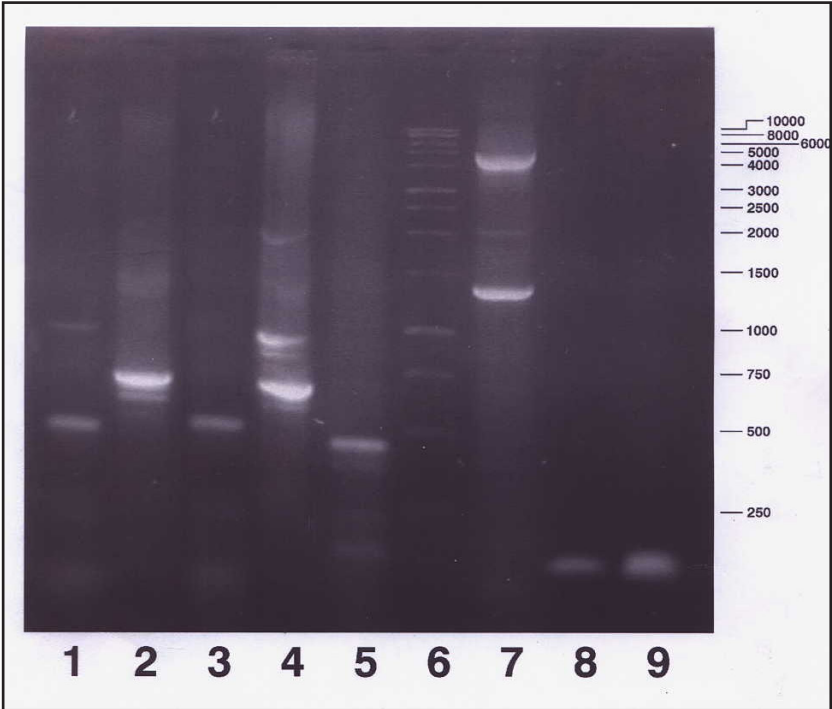
sacarosa, lis: lisina, sal: salicina, sac: sacarosa, esc: esculina. MR: fimbrias manosa - resistentes.

En la **Figura 1** se presentan los geles de agarosa con los productos de la amplificación de los genes que codifican para shigatoxina 1 y 2. La cepa 2379 fue la única con serología positiva para O157, demostró amplificación para Stx2 y pruebas bioquímicas compatibles con O157:H7. El otro aislamiento con Stx2 fue 177, el que además expresó aglutinación compatible con fimbrias CFA II. La cepa 20 también mostró fimbriación tipo

Cuadro 3: Origen de las cepas de *Escherichia coli* con características de adherencia asociadas a cepas enterotoxigénicas

Alimento	CEPA	Pruebas Bioquímicas Negativas	Hidrofobicidad Superficial (*)	Stx	Fimbrias asociadas a ECET
terrina de verdura	20	sor, esc	2	Stx1	MR
queso fresco	177	sac, esc	-	Stx2	MR
ensalada rusa	193	sal	-	-	MR
queso port salut	5017	lis, mug	-	-	MR
queso crem.	4627(1)	sac	2	-	-
queso crem.	4627(2)	sac, esc	0,25	-	-
empanada					
carne	4824	lis	2	-	-
queso crem.	4827	sal, sac, esc, mug	0,0625	-	-
queso port sal.	4828	sac	0,25	-	-
ensalada rusa	4925	lis, mug	0,5	-	-
queso crem.	4993	sal, sac, esc, mug	1	-	-
hamburguesa					
pollo	5437	sal, lis, mug	2	-	-

Figura 1



CFA I y CFA II, sin embargo la toxina asociada en este caso fue Stx1. de los patrones de amplificación del ADN genómico indica diferencias entre las cepas productoras de toxinas, resultado que no permite relacionarlas epidemiológicamente. Al observar los segmentos amplificados se distingue claramente que difieren en su perfil electroforético (calles 2, 4 y 7 del gel de agarosa).

Figura 1: Productos de amplificación para el gen *stx2* (calles 1, 3 y 5) de las cepas E32511, 177 y 2379 y para *stx1* (calles 8 y 9) de las cepas 20 y 933J, respectivamente. Patrones de amplificación obtenidos por REP-PCR (calles 2, 4 y 7) para los aislamientos 177, 2379 y 20, respectivamente. La calle 6 corresponde al marcador de peso molecular.

No se detectaron cepas con características asociadas a EC enteropatógena o EC entero-agregativa en las muestras de alimentos. A diferencia, en las muestras fecales tomadas como controles negativos, no se identificó ningún biotipo relacionado con enteropatogenicidad.

CONCLUSION

Estos estudios permitieron evidenciar una diseminación en alimentos de consumo directo de diferentes cepas que pertenecen a los virotipos frecuentemente aislados de muestras clínicas de pacientes con diarrea acuosa, disentería, colitis hemorrágica y síndrome urémico hemolítico. Sin embargo en algunos aislamientos se encontraron asociados factores pertenecientes a distintos virotipos. Esto demuestra la presencia de clones que portan distintas combinaciones de genes de virulencia, probablemente determinados por la ganancia o pérdida de elementos genéticos transferibles. Los resultados permiten concluir que, a pesar del reducido muestreo realizado, se evidencia diseminación de una variabilidad de cepas que expresan factores de virulencia y que algunas de ellas pertenecen a los biotipos y serotipos aislados de muestras clínicas de pacientes infectados. Esto permite indicar que la detección de estos factores en aislamientos fenotípicamente sospechosos de *E. coli* productora de diarreas debería ser incorporada al estudio de los alimentos.

Se recomienda ampliar, con la metodología descripta, la caracterización de las cepas de EC aisladas de alimentos para poder inferir virotipos causantes de ETA.

La formación metodológica y en investigación de los integrantes del proyecto, pertenecientes al Instituto del Alimento de la ciudad de Rosario, permite asegurar la transferencia cierta de los resultados obtenidos y la aplicación de la metodología más adecuada al control de la inocuidad de los alimentos de nuestra región. Asimismo, el grupo de investigación evaluó que ésta es la metodología mas sencilla, sensible, rápida y económica que puede ser desarrollada en la institución, como técnicas a implementar en la rutina de los análisis microbiológicos de los alimentos.

Los datos obtenidos son vitales para ampliar el conocimiento de las cepas imperantes en los alimentos de consumo regional. Un mejor conocimiento de la epidemiología de las ETA permitirá establecer pautas para el desarrollo e implementación de sistemas destinados a la obtención de alimentos inocuos, tales como la aplicación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y el internacionalmente recomendado Análisis de Peligros y Control de Puntos Críticos (HACCP). Las conclusiones emanadas de la evaluación de los resultados contribuyen al efectivo establecimiento de prácticas de control y asesoramiento a diversas empresas de la ciudad de Rosario. Asimismo, las prácticas de inspección, monitoreo microbiológico y control del Instituto del Alimento podrán dirigirse especialmente hacia los alimentos que demuestren presencia de cepas virulentas. De esta manera se propenderá a la inocuidad alimentaria contribuyendo efectivamente a promover la salud de la población.

Agradecimientos: a la técnica Alicia Domínguez y a los auditores Daniel Benittuci y Osvaldo Benittuci.

BIBLIOGRAFIA

- Albert, M. J., F. Qadri, A. Haque and N. A. Bhuiyan. 1993. Bacterial clump formation at the surface of liquid culture as a rapid test for identification of enteroaggregative *Escherichia coli*. J. Clin Microbiol. 31:1397-1399.
- Altekruze, S. F., Cohen, M. H. and Swerd-

low, D. L. 1997. Emergin Foodborne Diseases. Emer. Infect. Dis. 3:285-293.

- Balagué, C. E., Juaniz, A., Mari, R., Botaii, H., Padrós, I., y Fernández, L. 1997. Efecto modulador de antibióticos sobre la adherencia bacteriana a biomateriales. Acta Bioq. Clin. Latinoamer. 31: 13-22.

- Beon, N. H. and Griffin, P. M. 1990. Foodborne diseases outbreaks in United States. J. Food Protect. 53:804-810.

- Binsztein, N., Jouve, M. J., Viboud, G. I., López Moral, L., Rivas, M., Orskov, I., Ahrén, C and Svennerholm, A. 1991. Colonization factors of enterotoxigenic *Escherichia coli* isolated from children with diarrhea in Argentina. J. Clin. Microbiol. 29:1893-1898.

- Chinen, I., M. Rivas, M. I. Caffer, R. O. Cinto y N. Binsztein. 1993. Diagnóstico de *Escherichia coli* enteroinvasiva asociada a diarrea. Revista Argentina de Microbiología. 25:27-35.

- Evans, D. J. Jr., D. G. Evans and H. L. DuPont. 1979. Hemagglutination patterns of enterotoxigenic and enteropathogenic *Escherichia coli* determined with human, bovine, chicken and guinea pig erythrocytes in the presence and absence of mannose. Infect. Immun. 23:336-346.

- Falkowski, W., Edwards, M. and Schaeffer, A. J. 1986. Inhibitory effect of substituted aromatic hydrocarbons on adherence of *Escherichia coli* to human epithelial cells. Infect. Immun. 52: 863-866.

- Farmer, J. J. and Kelly, M. T. 1991. Enterobacteriaceae. In Ballows, A., Hausler, W. J., Herrmann, K. L., Isenberg, H. D., and Shadomy, H. J. (eds.). Manual of Clinical Microbiology. AMS, Washington, D. C. pp. 360-383.

- Guerrant, R. L. and McAuliffe, J. F. 1986. Special problems in developing countries in infectious diarrhea. Gorbach, S. L. (ed). Blacwell Scientific, Boston. pp. 287-307.

- Kunin, C. M., Hua, T. H., Guerrant, R. L., and Bakaletz, L. O. 1994. Effect of salicylate, bismuth, osmolytes, and tetracycline resistance on expression of fimbriae by *Escherichia coli*. Infect. Immun. 62: 2178-2186.

- Law, D. 1994. Adhesion and its role in the virulence of enteropathogenic *Escherichia coli*. Clin. Microbiol. Rev. 7:152-163.

- Law, D. 2000. Virulence factors of *Escherichia coli* O157 and other shiga toxin-producing

Escherichia coli. J. Appl. Microbiol. 88:729-745.

- Lindahl, M., Faris, A., Wadström, T. and Hjertén, S. 1981. A new test based on "Salting out" to measure relative surface hydrophobicity of bacterial cells. Biochimica et Biophysica Acta, 677: 471-476.

- Pass, M. A., Odedra, R. and Batt, R. M. 2000. Multiplex PCRs for identification of *Escherichia coli* virulence genes. J. Clin. Microbiol. 38:2001-2004.

- Saiki, R. K., D. H. Delfand, S. Stoffel, S. I. Scharf, R. Higuchi, G. T. Horn, K. B. Mullis and H. A. Erlich. 1988. Primer-directed enzymatic amplification of DNA with a thermostable DNA polymerase. Science. 239:487-491.

- Schmidt, H., C. Geitz, P. I. Tarr, M. Frosch and H. Karch. 1999. Non-O157:H7 pathogenic Shiga-toxin-producing *Escherichia coli*: Phenotypic and genetic profiling of virulence traits and evidence of clonality. J. Infect. Dis. 179:115-123.

- Van den Bosch, J. F., P. Postma, J. de Graaff and D. M. MacLaren. 1980. Determination of the a-haemolytic urinary *Escherichia coli* strains. FEMS Microbiol. Lett. 8:75-77.

- Versalovic, J., T. Koeuth and J. R. Lupski. 1991. Distribution of repetitive DNA sequences in eubacteria and application to fingerprinting of bacterial genomes. Nucleic Acids Res. 19:6823-6831.

Comentario de: Beatriz Martinelli

Este trabajo de investigación, realizado entre profesionales del Instituto del Alimento y del Area de Bacteriología Clínica de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, surge a partir del convenio marco de cooperación recíproca entre ambas instituciones (11/12/2000) y convenio particular firmado en la misma fecha.

A partir de este convenio particular pudo capacitarse a nuestro personal e incorporar al Instituto nuevas técnicas de identificación de genotipos de E. Coli por Biología Molecular, lo que nos brinda una metodología diagnóstica más rápida y de mayor certeza ante los brotes de contaminación alimentaria. Esto ha permitido actuar más eficazmente sobre la fuente contaminante y

adoptar rápidamente las medidas de prevención indicadas.

Revisión sistemática de la OMS de los estudios controlados aleatorizados de control prenatal de rutina*.

WHO Systematic review of randomised controlled trials
of routine antenatal care.

Carroli Guillermo (1), Villar José (2), Piaggio Gilda (2), Khan-Neelofur Dina (2), Gulmezoglu
Metin (2), Mugford Miranda (3), Lumbiganon Pisake (4), Farnot Ubaldo (5), Bersgi Per (6).

RESUMEN

Antecedentes

Hay una falta de evidencia fuerte sobre la efectividad del contenido, la frecuencia y el momento de las visitas en los programas de control prenatal (CPN) estándar. Emprendimos una revisión sistemática de los estudios aleatorizados que evaluaban la efectividad de diferentes modelos de CPN. La hipótesis principal fue un modelo con un número menor de visitas prenatales, con o sin componentes orientados hacia un objetivo sería tan efectivo como el modelo de CPN estándar en términos de los resultados clínicos, satisfacción percibida y costos.

Métodos

Las intervenciones comparadas fueron la prestación de un número inferior de visitas prenatales (nuevo modelo) y un programa de visitas

prenatales estándar. Los resultados seleccionados fueron pre-eclampsia, infección del tracto urinario, anemia post parto, mortalidad materna, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. También seleccionamos medidas de la satisfacción de las mujeres con la atención y costo-efectividad. Esta revisión se realizó sobre la estrategia de búsqueda desarrollada para el Grupo Cochrane de Embarazo y Nacimiento de la Colaboración Cochrane.

Hallazgos

Se identificaron siete estudios controlados aleatorizados elegibles. 57.418 mujeres participaron en estos estudios: 30.799 en los grupos del nuevo modelo (29.870 con datos de resultado) y 26.619 en los grupos del modelo estándar (25.821 con datos de resultado). No hubo ningún efecto clínicamente diferencial del número reducido de visitas prenatales cuando los resultados fueron recolectaron para pre-eclamp-

(*) For the WHO Antenatal Care Trial Research Group. Traducción del autor del trabajo publicado en Lancet 2001; 357:1565-70

(1) Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), Rosario, Argentina. E-mail: CREP@satlink.com

(2) Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva, Switzerland.

(3) School of Health Policy and Practices, University of East Anglia, Norwich, U.K.

(4) Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

(5) Hospital Gineco-obstétrico "América Areas", Habana, Cuba.

(6) Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Bergen, Bergen, Norway.

sia (razón de probabilidades típica RP 0,91 [IC 95% 0,66-1,26]), infección del tracto urinario (0,93 [0,79-1,10]), anemia post parto (1,01), mortalidad materna 90,91 [0,55-1,51]) o bajo peso al nacer (1,04 [0,93-1,17]). Las tasas de mortalidad perinatal fueron similares, aunque la rareza del resultado no permitió que se lograra una equivalencia estadística formal. Se observó alguna falta de satisfacción con la atención en el nuevo modelo, particularmente entre las mujeres en los países más desarrollados. El costo del nuevo modelo fue igual o menos que el del modelo estándar.

Interpretación

Se podría introducir en la práctica clínica un modelo con un número reducido de visitas prenatales, con o sin componentes orientados hacia un objetivo, sin riesgo para la madre o el bebé pero con algún grado de falta de satisfacción en la madre.

PALABRAS CLAVE: Modelo de Control prenatal - Resultados clínicos - Satisfacción percibida - Costos.

SUMMARY

Background

There is a lack of strong evidence on the effectiveness of the content, frequency, and timing of visits in standard antenatal care programmes. We undertook a systematic review of randomised trials assessing the effectiveness of different models of antenatal care. The main hypothesis was that a model with a lower number of antenatal visits, with or without goal-oriented components, would be as effective as the standard antenatal-care model in terms of clinical outcomes, perceived satisfaction, and costs.

Methods

The interventions compared were the provision of a lower number of antenatal visits (new model) and a standard antenatal-visits programme. The selected outcomes were pre-eclampsia urinary-tract infection, postpartum anaemia, maternal mortality, low birthweight, and perinatal mortality. We also selected measures of

women's satisfaction with care and cost-effectiveness. This review drew on the search strategy developed for the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group of the Cochrane Collaboration.

Findings

Seven eligible randomised controlled trials were identified. 57418 women participated in these studies: 30 799 in the new-model groups (29 870 with outcome data) and 26619 in the standard-model groups (25 821 with outcome data). There was no clinically differential effect of the reduced number of antenatal visits when the results were pooled for pre-eclampsia (typical odds ratio 0.91 [95% CI [0.66-1.26]), urinary-tract infection (0.93 [0.79-1.10]), postpartum anaemia (1.01), maternal mortality (0.91[0.55-1.51]), or low birthweight (1.04 [0.93-1.17]). The rates of perinatal mortality were similar, although the rarity of the outcome did not allow formal statistical equivalence to be attained. Some dissatisfaction with care, particularly among women in more developed countries, was observed with the new model. The cost of the new model was equal to or less than that of the standard model.

Interpretation

A model with a reduced number of antenatal visits, with or without goal-oriented components, could be introduced into clinical practice Without risk to mother or baby, but some degree of dissatisfaction by the mother could be expected. Lower costs can be achieved.

KEY WORDS: Antenatal-care model - Clinical results - Perceived satisfaction - Costs.

INTRODUCCIÓN

Hay una falta de evidencia fuerte de que el contenido, la frecuencia y el momento de las visitas en programas "occidentales" actualmente recomendados para el CPN de rutina sea efectivo. Los estudios observacionales han mostrado consistentemente que los grupos que tienen más visitas de CPN tienen menos morbilidad y mortalidad fetal, neonatal y materna que aquellos que tienen menos visitas de CPN. A la inversa, los

estudios comparativos aleatorizados de números diferentes de visitas, informados en los últimos años, sugieren que un modelo con un número menor de visitas es, por lo menos, tan efectivo como el modelo estándar. Emprendimos una revisión sistemática para responder a la pregunta de si un modelo con un número menor de visitas prenatales, con o sin componentes orientados hacia un objetivo es al menos tan efectivo como el estándar en términos clínicos, en la satisfacción percibida por las mujeres y en los costos.

MÉTODOS

Para esta revisión consideramos cualquier estudio controlado aleatorizado que comparara un modelo de un número menor de visitas prenatales con un modelo estándar. Las participantes en estos estudios fueron mujeres embarazadas que concurrían al CPN. Clasificamos como "orientados hacia un objetivo" a los modelos en los cuales los investigadores dieron prioridad explícitamente a la implementación de componentes que se demostró que eran efectivos para mejorar los resultados maternos y perinatales clínicamente relevantes. Seleccionamos a priori para los meta-análisis, resultados para los cuales el CPN debería tener un efecto: pre-eclampsia, infección del tracto urinario, anemia post parto y mortalidad materna. El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal fueron elegidos como resultados fetales y neonatales. Además, seleccionamos medidas de satisfacción con la atención percibida por las mujeres y medidas de costo-efectividad.

Esta revisión está basada en la estrategia de búsqueda desarrollada para el Grupo Cochrane de Embarazo y Nacimiento de la Colaboración Cochrane. Brevemente, comprendió una búsqueda electrónica de MEDLINE, búsqueda a mano de las revistas más importantes de obstetricia y ginecología y la literatura relevante no publicada y una búsqueda del Registro de Estudios Controlados de la Cochrane (1). La búsqueda se complementó con otras estrategias, tales como escaneo de las listas de referencias de los trabajos originales y artículos de revisión, comunicaciones personales y una búsqueda independiente del Registro de Estudios Controlados de la Cochrane para asegurar que se incluyeran en esta revisión

todos los estudios relevantes y se mantuviera al mínimo el sesgo de selección. Todas estas búsquedas se hicieron hasta junio del 2000, y se actualizaron en diciembre del 2000. Contactamos a los investigadores principales de los estudios incluidos para obtener datos adicionales sobre los resultados que no fueron informados en la publicación original.

Seleccionamos una lista de criterios de una revisión metodológica (2) y de las recomendaciones en el Manual de Revisores de la Colaboración Cochrane (3) para evaluar la calidad de los estudios. Los criterios usados fueron: aleatorización; ocultamiento de la asignación; enmascaramiento con respecto a la evaluación del resultado, prescriptores de salud y receptoras del tratamiento; contaminación en el grupo control; sesgo por desgaste; cointervención; desviación del protocolo y análisis de "intención de tratar". Cada criterio fue clasificado como logrado, no logrado o no claro y las decisiones finales fueron tomadas por consenso entre los investigadores. Se evaluó la calidad metodológica sin conocimiento del resultado del estudio excepto por el estudio de Villar y colegas (4), en el cual algunos de nosotros estuvimos involucrados.

Los datos fueron extraídos de cada publicación independientemente por GC, JV y DKN sin enmascarar los nombres de los autores, los sitios de estudio, la intervención o los resultados del estudio (5). Después de que se había controlado la precisión, se ingresaron los datos a las tablas apropiadas.

Algunos estudios usaron a la clínica como unidad de aleatorización (aleatorización por racimos) más que a la mujer individual (aleatorización individual). Para algunos resultados, hicimos análisis en conjunto (pool) y análisis estratificados por unidad de aleatorización (6).

Los resultados estratificados y globales se presentan como razón de probabilidades (RP) típica con IC 95% para los resultados biomédicos y como diferencia de tasa con IC 95% para percepción de resultados de atención. Para ambos supusimos un modelo de efecto fijo porque deseábamos extraer inferencias sobre los estudios particulares armados y no hubo ninguna heterogeneidad entre los estudios para los resultados considerados (7). Las razones de probabilidades se usaron cuando el interés

por medir la efectividad de la intervención y las diferencias en las tasas cuando la evaluación del impacto de la intervención en términos de una medida absoluta era más relevante.

Los análisis de estudios de aleatorización por racimos requieren técnicas analíticas especiales que toman en cuenta la variación entre racimos (8,9). Dos de los tres estudios de aleatorización por racimos usó un diseño estratificado (10,11) y otro usó un diseño completamente aleatorizado (12). Usamos el método en racimos de Woolf (13) para obtener las RP acumuladas (en pool) y su IC 95% para estos dos estudios. Para calcular los factores de inflación de la variancia requeridos para este método, usamos un coeficiente de correlación intraclase común para cada variable de resultado (14) obtenido de uno de los dos estudios (15) y los tamaños de racimos reales. Para obtener las estimaciones acumuladas para todos los estudios, usamos el mismo procedimiento con los factores de inflación de variancia igual a uno para los estudios de aleatorización individual (16).

Para obtener la diferencia de tasas y su IC del 95%, usamos porcentajes en racimos. Para el estudio que no tenía en cuenta la variación entre racimos, inflamos la variancia de la diferencia por el factor de inflación de la variancia antes de la unión (pool). Juntamos las diferencias de los dos estudios, dando pesos a la inversa de la variancia (17).

Las pruebas de homogeneidad a través de los estudios de aleatorización individual se hicieron con las pruebas de X^2 (18). Para los estudios de aleatorización por racimos, se usó una prueba de homogeneidad descrita por Fleiss (19), modificada para explicar el diseño de racimos. El sesgo de publicación fue evaluado con la prueba de Egger y colegas (20) y la evaluación del diseño embudo (21).

Elegimos 1,2 como el valor máximo de la RP considerada como consistente con la conclusión de que el modelo con un número menor de visitas prenatales es equivalente estadísticamente al modelo estándar (22). Se estimó que este valor era clínicamente relevante para aquellos resultados que tienen una prevalencia de aproximadamente 10%. Por lo tanto, esperamos tener suficiente poder para responder confiablemente a la hipótesis sobre bajo peso al nacer.

RESULTADOS

Se identificaron siete estudios controlados aleatorizados elegibles (Cuadro 1) (23, 24, 25, 26, 27).

Cuatro de ellos tuvieron lugar en los países más desarrollados (28,29). Dos se hicieron en Zimbabwe (30,31). El más grande fue un estudio multicéntrico en Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia (32). Cuatro de los estudios fueron estudios de aleatorización individual (33,34) y tres estudios de aleatorización por racimos (35,36,37).

Un total de 57.418 mujeres participaron en estos estudios: 30.799 en modelos con números reducidos de visitas prenatales, de las cuales 26.619 fueron seguidas a través todo el embarazo, y 26.620 en el modelo estándar, de las cuales 25.821 tuvieron datos de resultados disponibles. El estudio por Walker y Koniak-Griffin (38) tuvo la proporción más alta de mujeres perdidas al seguimiento; 30% de las mujeres en el nuevo modelo y 38% de aquellas en el modelo estándar no tenían datos disponibles. Hubo también tasas altas de perdidas al seguimiento en el estudio de Binstock y Wolde-Tsadiq (29% del nuevo modelo, 24% del modelo estándar) (39). En el estudio de McDuffie y colegas, alrededor del 16% de las mujeres en cada grupo se perdieron en el seguimiento (40). Para el resto de los estudios, las tasas de pérdidas al seguimiento fueron bajas; 5% en el nuevo modelo y 2% en el modelo estándar en el estudio de Sikorski y colegas (41); 3% para ambos grupos en el estudio de Munjanja y colegas (42); y alrededor de 2% en ambos grupos para el estudio de Villar y colegas (43). El estudio de Majoko y colaboradores estaba disponible solo en forma abstracta, y no se informaron las tasas de pérdidas al seguimiento (44).

En general, la calidad metodológica de los estudios incluidos fue aceptable con un riesgo moderado de sesgo (Cuadro 2). Un estudio (45) fue metodológicamente débil con alta probabilidad de sesgo porque el método de asignación se basó en la fecha de nacimiento de la madre, tuvo tamaños de muestra no balanceados, hubo evidencia de contaminación y cointervención

Cuadro 1: Características de los estudios clínicos incluidos en la revisión.

Ref. (año)	Método de asignación aleatoria	Ocultamiento de la asignación	Participantes	Nuevo modelo	Modelo estándar	Mediciones de los resultados.
4 (2001)	Aleatorización en grupos (clínica urbana). El análisis consideró la variación entre los grupos.	Por fax/mil	Todas las mujeres que asistieron a las clínicas de control prenatal (12.568 para el nuevo modelo, 11.958 para el modelo estándar).	4 visitas orientadas hacia objetivos determinados basadas en actividades evaluadas científicamente mujeres de bajo riesgo. Las mujeres que requirieron alguna evaluación de control especial adicional fueron derivadas a un nivel superior. Visitas logradas=5	Control prenatal estándar, que se ofrece actualmente en los lugares seleccionados y que sigue el modelo tradicional de visitas múltiples. Visitas logradas=8	Bajo peso al nacer, índice de morbilidad materna; morbimortalidad materna y perinatal; satisfacción de las mujeres y los prestadores de salud; resultados económicos.
1 (1996)	Aleatorización en grupos (clínica urbana).	Sobres cerrados y numerados secuencial- mente	Mujeres embarazadas de bajo riesgo (9674 para el nuevo modelo, 6320 para el modelo estándar).	6 visitas orientadas hacia objetivos determinados por el prestador de salud. Visitas logradas=4	14 visitas, modelo estándar de visitas múltiples. Visitas logradas=6	Parto pretérmino, bajo peso al nacer; pequeño para la edad gestacional; morbilidad materna; mortalidad materna y mortalidad perinatal.
20 (1995)	Fecha de nacimiento de las mujeres	No	Mujeres embarazadas de bajo riesgo (320 para el nuevo modelo, 229 para el modelo estándar).	8 visitas de control prenatal; un prestador de salud asignado para el embarazo completo de cada mujer. Visitas logradas=8	13 visitas de control prenatal: a cada visita se le asignó un prestador de salud diferente. Visitas logradas=11.	Parto pretérmino, bajo peso al nacer; cesárea; puntaje Apgar al minuto 5 menor de 7; satisfacción de las mujeres.
21 (1996)	Tabla de números aleatorios	Sobres opacos cerrados	Mujeres embarazadas de bajo riesgo (1382 para el nuevo modelo, 1382 para el modelo estándar).	9 visitas: a las 8, 12, 16, 24, 28, 32, 36, 38 y 40 semanas. Visitas logradas=12	14 visitas: cada 4 semanas desde las 8 hasta las 28 semanas, cada 2 semanas hasta las 36 semanas y, a partir de allí, semanalmente. Visitas logradas=15	Parto pretérmino, bajo peso al nacer, pre-eclampsia leve a severa; cesárea.
22 (1996)	Bloques aleatorios permutados de 8 y 16 mujeres estratificadas por consultorios de reclutamiento	Sobres opacos que no pueden volver a cerrarse y numerados secuencial- mente	Mujeres embarazadas de bajo riesgo (1446 para el nuevo modelo, 1446 para el modelo estándar).	7 visitas para nulíparas a las 24, 28, 32, 36, 38 y 40 semanas más la visita de registro. 6 visitas para múltiparas a las 26, 32, 36, 38 y 40 semanas más la visita de registro. Visitas logradas=9	13 visitas a las 16, 20, 24, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 38, 39 y 40 semanas más la visita de registro. Visitas logradas=11	Cesárea por trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo; morbilidad materna y fetal; satisfacción de las mujeres.
23 (1997)	Programa de computación	No claro	Mujeres embarazadas de bajo riesgo (61 para el nuevo modelo, 61 para el modelo estándar).	8 visitas: una visita inicial y luego visitas a las 15- 19; 24-28, 32, 36 y 38 semanas hasta el parto más la visita de registro. Visitas logradas=8	13 visitas: una visita inicial y luego visitas cada 4 semanas hasta las 28 semanas, cada 2 semanas hasta las 36 semanas y semanalmente hasta el parto. Visitas logradas=11	Edad gestacional al momento del parto; peso al nacer; modalidad de parto; estadia del neonato en unidad neonatal; estadia del neonato en unidad de cuidados intensivos; morbilidad neonatal; trabajo de parto pretérmino; pequeño para la edad gestacional; infección recurrente del tracto urinario; hipertensión inducida por el embarazo; satisfacción de las mujeres
0 (1999)	Aleatorización en grupos (centro de salud rural)	No claro	Todas las mujeres que acordaron visitas de control prenatal (5348 para el nuevo modelo, 5224 para el modelo estándar).	3 visitas de control prenatal orientadas a objetivos determinados con reducción en el número de procedimientos de rutina. Visitas logradas=4	Visitas de control prenatal estándar para las zonas rurales. Visitas logradas=4	Número y frecuencia de visitas, uso de centros de salud rurales para el parto; resultados maternos y fetales.

* Pre eclampsia, anemia posparto severa, infección del tracto urinario tratada.

en el estudio y hubo una alta proporción de pérdida al seguimiento. Dada la naturaleza de la intervención, no fue posible enmascarar a los prestadores de salud o a las mujeres en todos los estudios, aunque la evaluación de los resultados primarios fue enmascarada parcialmente en la mayoría de ellos.

Hicimos pruebas estadísticas de sesgo de publicación para todos los estudios con bajo peso al nacer ($p=0,91$) o pre-eclampsia ($p=0,48$) con un punto final. También construimos diseños de embudo para ambos resultados y nuevamente no encontramos ninguna evidencia de sesgo de

publicación.

Dos estudios hechos en países menos desarrollados (46,47) mostraron una reducción proporcional clínicamente relevante en el número mediano de visitas. En el estudio de Munjanja y colegas (48), el número mediano de visitas fue seis en el modelo estándar y cuatro en el nuevo. En el estudio de Villar y colegas (49), los números medianos correspondientes fueron ocho y cinco. Estos dos estudios también incluyeron un componente de las actividades orientadas hacia un objetivo en las cuales se le dio prioridad a las intervenciones efectivas sobre las actividades de

rutina más rituales. En los cuatro estudios que tuvieron lugar en los países más desarrollados, el número recomendado de visitas no se siguió estrictamente en ninguno de los grupos de estudio. Los números medianos de visitas durante el estudio se dan en el Cuadro 1.

No hubo ningún efecto diferencial de la intervención cuando los resultados fueron acumulados para bajo peso al nacer (RP típica 1,04 [IC 95%

0,93-1,17]). El mismo patrón se observó para los estudios de aleatorización individual y los estudios de aleatorización por racimos (Cuadro 3). Un análisis de sensibilidad por calidad metodológica que excluía el estudio de Binstock y Wolde-Tsadik (50) dio resultados similares tanto para el meta-análisis global (1,04 [0,93-1,17]) como para el de los estudios de aleatorización individual (0,98 [0,78-1,24]). Walker y Koniak-Griffin (51) no

Cuadro 2: Calidad metodológica de los estudios clínicos incluidos en la revisión

Revisión de estudio clínico	Criterio alcanzado, No claro o no alcanzado							
	Aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Enmascaramiento			Contaminación	Co-intervención	Desviación del protocolo
			Mujer	Prestador de salud	Resultado			
4	Alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
11	Alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	No claro
20	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Alcanzado
21	Alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
22	Alcanzado	Alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	Alcanzado
23	Alcanzado	No claro	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	Alcanzado	Alcanzado	No claro
24	Alcanzado	No claro	No alcanzado	No alcanzado	No alcanzado	No claro	No claro	No claro

informaron tasas de pre-eclampsia y bajo peso al nacer por lo que sus datos no pudieron contribuir a los meta-análisis. Sin embargo, se midieron los resultados relacionados en ese estudio. Se detectó hipertensión inducida por el embarazo en dos de las 43 mujeres en el grupo del nuevo modelo y una de 38 en el estándar. El peso al nacer medio fue 3.356 g (DE 401) en el grupo del nuevo modelo y 3.507 g (429) en el estándar (p=0,11). Solo se informó en ese estudio un bebé que era pequeño para la edad gestacional (grupo del modelo estándar).

El nuevo modelo mostró razones similares de pre-eclampsia con el estándar cuando todos los estudios fueron acumulados (RP típica 0,91 [IC 95% 0,66-1,26]). Cuando se estratificó para la aleatorización individual o de racimos, el patrón de resultados no cambió (Cuadro 4). Nuevamente, un análisis de sensibilidad sin el estudio de Binstock y Wolde-Tsadik (52) dieron resultados similares a todo el conjunto de datos tanto en el meta-análisis global (0,90 [0,66-1,24]) como el meta-análisis de estudios de aleatorización individual (0,88 [0,63-1,23]).

Para los resultados de anemia post parto severa (RP 1,01) y la infección del tracto urinario

(0,93 [IC 95% 0,79-1,10]), solo el estudio de Villar y colegas dio datos; el riesgo fue similar en ambos grupos del estudio (53). La RP para anemia post parto severa debería verse con precaución porque hubo heterogeneidad entre los sitios de estudio y por lo tanto no se calculó el IC del 95%.

El meta-análisis global para la mortalidad materna dio una RP típica de 1,06 (0,82-1,36; Cuadro 5).

Para la mortalidad materna, dos estudios de aleatorización individual (54,55) informaron este resultado, con una muerte materna en 2.405 partos en los grupos del nuevo modelo y ninguna muerte materna en los 2.449 partos en los grupos del modelo estándar. Dos estudios de aleatorización por racimos (56,57) informaron mortalidad materna, con 13 muertes maternas en 21.962 partos en los grupos del nuevo modelo y 11 en 18.095 partos en los del estándar (RP típica 0,87 [0,50-1,50]). El meta-análisis global dio una RP típica para este resultado de 0,91 (0,55-1,51; prueba de homogeneidad p=0,99).

Hubo heterogeneidad estadística en la mayoría de las variables usadas para describir la satisfacción con la atención (calidad de CPN, p=0,09; frecuencia de visitas, p<0,0001; respondieron sus preguntas/se sintieron escuchada-

Cuadro 3: Riesgo de bajo peso al nacer (< 2500 g) según el modelo de control prenatal.

Referencia del estudio	Número de eventos/total		Odds ratio típicos (IC 95%)
	Nuevo modelo	Modelo estándar	
Estudios clínicos con aleatorización individual			
20	12/227	7/174	1.33 (0.51-3.46)
21	64/1175	72/1176	0.88 (0.62-1.25)
22	85/1356	82/1395	1.07 (0.78-1.46)
Subtotal	161/2758	161/2745	1.00 (0.80-1.25)*
Estudios clínicos con aleatorización en grupos			
4	886/11534	788/11040	1.10 (0.95-1.27)
11	723/9394	491/6138	0.96 (0.81-1.13)
Subtotal	1609/20928	1279/17178	1.05 (0.92-1.21) †
Total	1770/23686	1440/19923	1.04 (0.93-1.17) ‡
Pruebas de homogeneidad: * p= 0,60; †p= 0,34; ‡p= 0,51.			

das, p=0,17; cantidad de tiempo en las visitas, p=0,002; elegiría el mismo programa, p=0,02) y por lo tanto decidió no combinar los resultados de los dos tipos de estudios.

Para los estudios de aleatorización individual solamente, las mujeres estuvieron menos satisfechas con el nuevo modelo en los análisis de calidad del CPN, frecuencia de visitas, preguntas

respondidas/se sintieron escuchadas por los prestadores y cantidad del tiempo de la visita. Encontramos heterogeneidad significativa clínica y estadísticamente (prueba de homogeneidad p< 0,0001) también entre los tres estudios para la variable satisfacción con la frecuencia de las visitas (Cuadro 6). Por lo tanto, encaramos un análisis de sensibilidad por la calidad

Cuadro 4: Riesgo de pre-eclampsia según el modelo de control prenatal

Referencia del estudio	Número de eventos/total		Odds ratio típicos (IC 95%)
	Nuevo modelo	Modelo estándar	
Estudios clínicos con aleatorización individual			
20	9/227	4/174	1.75 (0.53-5.80)
21	59/1165	66/1163	0.89 (0.62-1.27)
22	9/1240	11/1286	0.85 (0.35-2.05)
Subtotal	77/2632	81/2623	0.93 (0.68-1.28)*
Estudios clínicos con aleatorización en grupos			
4	189/11627	144/11121	1.22 (0.88-1.68)
11	441/9394	396/6138	0.71 (0.55-0.92)
Subtotal	630/21066	540/17259	0.91 (0.58-1.43)†
Total	707/23698	621/19882	0.91 (0.66-1.26)‡
Pruebas de homogeneidad: * p= 0,55; †p= 0,16; ‡p= 0,29.			

metodológica, excluyendo el estudio con alta posibilidad de sesgo (58). En ese análisis (prueba de homogeneidad p=0,47), la dirección del efecto no fue cambiada, pero la magnitud fue mayor (diferencia de tasa -16% [IC 95% -19 a -12]). No se vieron diferencias en la calidad de la atención percibida por las mujeres entre los dos modelos en el estudio que informaron esa variable (59). Más

mujeres en los grupos del nuevo modelo que en los del estándar elegirían el mismo programa de visitas en el futuro (Cuadro 6).

Cuando se analizaron los estudios de aleatorización por racimos, los resultados no mostraron ninguna evidencia de diferencias en el grado de satisfacción percibida por las mujeres, aunque

Cuadro 5: Riesgo de mortalidad perinatal según el modelo de control prenatal

Referencia del estudio	Número de eventos/total		Odds ratio típicos (IC 95%)
	Nuevo modelo	Modelo estándar	
Estudios clínicos con aleatorización individual			
21	8/1175	7/1176	1.14 (0.41-3.17)
22	7/1361	10/1396	0.72 (0.27-1.89)
Subtotal	15/2536	17/2562	0.89 (0.45-1.79)*
Estudios clínicos con aleatorización en grupos			
4	234/11672	190/11121	1.14 (0.83-1.57)
11	162/9394	88/6138	1.21 (0.93-1.57)
10	91/5348	110/5224	0.80 (0.61-1.07)
Subtotal	487/26414	388/22483	1.07 (0.83-1.39)†
Total	502/28950	405/25055	1.06 (0.82-1.36)‡
Pruebas de homogeneidad: * p= 0,51; †p= 0,06; ‡p= 0,10.			

más mujeres en los grupos del nuevo modelo que en los del estándar informaron algún grado de falta de satisfacción con respecto a la frecuencia de las visitas en el único estudio que informó ese resultado (60). A la inversa, más mujeres estaban satisfechas con la cantidad de tiempo transcurrido durante la visita en el nuevo modelo (Cuadro 6).

Dos estudios informaron la investigación de las implicancias económicas de los dos modelos de CPN. Villar y colegas (61) hicieron análisis económicos detallados en dos de los cuatro sitios participantes en su estudio (Cuba y Tailandia). Los resultados obtenidos en general muestran que los costos por embarazo para las mujeres y los prestadores fueron menores con el nuevo modelo que con el estándar.

Se ha publicado un análisis económico sobre los datos del estudio de Sikorski y colegas (62). Ese estudio solo observó los costos para el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Los costos prenatales fueron menores con el nuevo modelo que con el estándar (225 libras vs 251 libras) pero hubo costos mayores relacionados a la duración de la estadía de los bebés en la unidad de cuidados intensivos con el nuevo modelo que con el estándar (181 libras vs 126 libras). Este costo mayor del control neonatal se debió a una tasa mayor de internaciones neonatales al cuidado especial en los grupos del nuevo modelo que en el grupo estándar (3,5% vs 3,2%; RP 1,07 [IC 95% 0,71-1,63]) así como una duración media más larga de estadía en los cuidados especiales entre los neonatos internados (22,6 días [47

bebés] vs 17,2 días [45 bebés] diferencia media 5,4 días [-5,8 a 16,6]). Si los análisis de costo se restringen a las actividades de CPN que fueron reducidas significativamente en el modelo nuevo (número de visitas, número de internaciones maternas "por 1 día" y el número de ecografías). El nuevo modelo sería en general 25 libras menos costoso para los servicios de salud que el modelo estándar (63).

Se ha informado un seguimiento a largo plazo de las mujeres enroladas en el estudio de Sikorski y colegas hasta los 2,7 años después del parto. Solo 1.117 mujeres (60% del total) completaron el estudio. No se vieron diferencias entre los grupos en términos de relación entre la madre y el niño, el bienestar psicológico materno, uso del servicio de salud, comportamiento relacionado a la salud o creencias sobre la salud.

DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática, seleccionamos a priori varios resultados que se pensó que eran problemas de salud sustanciales estrechamente vinculadas con el CPN. Sin embargo, los resultados seleccionados para la revisión no fueron en todos los casos los mismos resultados primarios como se identificaron en los estudios individuales o los resultados informados en cada uno de los estudios. El CPN consiste en varias actividades y procedimientos de intervención dirigidos a mejorar varios acontecimientos. Por lo tanto, diferentes

Cuadro 6: Percepción de las mujeres sobre la atención según el modelo de control prenatal.

Resultado de tipo de estudio	Número de estudios	Número de eventos/total	Número de eventos/total	Diferencia de las tasas en % (IC 95%)
		Nuevo modelo	Modelo estándar	
Estudios clínicos con aleatorización individual				
Calidad del control prenatal	1	574/589	58/600	-0.4 (-2.1 a 1.3)
Frecuencia de visitas	3	1243/1690	139/1703	-8.5*
Preguntas respondidas/escuchadas	1	693/881	778/937	-4.4 (-8.0 a -0.8)
Tiempo de la visita	1	515/916	594/960	-5.7 (-10.1 a -1.2)
Elegiría el mismo programa	1	643/915	593/947	7.7 (3.4 a 11.9)
Estudios clínicos con aleatorización en grupos				
Calidad del control prenatal	2	825/887	773/844	1.0 (-3.2 a 5.2)†
Frecuencia de visitas	1	612/789	649/744	-7.9 (-16 a 0.2)
Preguntas respondidas/escuchadas	1	78/100	70/100	8.0 (-9.4 a 25.4)
Tiempo de la visita	2	750/889	657/847	6.6 (0.1 a 13.1)‡
Elegiría el mismo programa	1	757/785	703/742	1.4 (-2.2 a 4.9)
Pruebas de homogeneidad: * p= 0.001, †p= 0.11, ‡p= 0.97.				

investigadores seleccionaron distintas variables como resultados primarios o secundarios.

Confiamos en que la posibilidad de sesgo de publicación en nuestra revisión sistemática es muy baja. Nuestra literatura fue sistemática y extensiva y contactamos a los investigadores que trabajaron en este tema. La evaluación estadística y gráfica no sugirió ningún sesgo de publicación de este tipo.

En general, los estudios fueron de una calidad aceptable con bajo o moderado riesgo de sesgo, excepto por el usado por Binstock y Wolde-Tsadik (64). Los análisis de sensibilidad sin ese estudio dieron resultados similares. Deberíamos señalar que debido a la naturaleza no enmascarada y pragmática de estos estudios, se debería esperar algún grado de desviación, contaminación y cointervención en todos ellos.

Nuestro meta-análisis incluyó los dos estudios que usaron al individuo como la unidad de aleatorización y aquellos que usaron las clínicas. Hemos presentado tanto meta-análisis en conjunto como estratificados por los dos tipos de estudios. Cuando juntamos las razones de probabilidades o las diferencias de tasas, la variación entre racimos se tomó en cuenta para los estudios de aleatorización por racimos. Fawzi y colegas ajustaron para el efecto de racimos incrementando la variancia del estimador de la razón de probabilidades en

conjunto (en la escala logarítmica) por un 30% arbitrario. Fuimos un paso más allá, usando una estimación del coeficiente de correlación intraclase para calcular los factores de inflación de variancia (65), aunque nuestro procedimiento tiene la limitación de que esta estimación está basada en un solo estudio (66).

Estratificamos los meta-análisis por tipo de aleatorización porque además de la unidad diferente de aleatorización, el modelo con un número menor de visitas prenatales en los estudios de aleatorización por racimos incluían componentes orientados hacia un objetivo, mientras que en los estudios de aleatorización individual el objetivo solo era disminuir el número de visitas. Además, el método de implementar la intervención (política de la clínica vs programa individual), el sitio de los estudios (países menos vs más desarrollados), la reducción proporcional en el número de visitas (grande vs pequeña) y el tamaño muestral (grande vs pequeño) claramente difieren entre los dos tipos de estudios.

El objetivo de los estudios de equivalencia, como en esta revisión, es demostrar la eficacia equivalente de la intervención y el enfoque de control, en contraste a los estudios de superioridad que apuntan a establecer que un nuevo tratamiento es mejor que uno existente o placebo. Un problema que debería tenerse en cuenta en

los estudios de equivalencia es que cuando los dos grupos de un estudio están implementando intervenciones bastante similares, se espera que los resultados sean similares. Como es evidente a partir de los resultados, la reducción proporcional en el número de visitas en los estudios en los países más desarrollados fueron muy pequeños. Una diferencia absoluta de dos a tres visitas de CPN, en los países más desarrollados, donde la norma es de 11 a 14 visitas de CPN, es improbable que tenga alguna significancia clínica. Por otro lado, los dos estudios más grandes, que tuvieron lugar en los países menos desarrollados (67,68), lograron reducciones proporcionalmente mayores en el número de visitas. Esta reducción es altamente relevante clínicamente y tiene implicancias de salud pública, especialmente en países tales como aquellos donde los recursos son escasos y deberían asignarse de la manera más eficiente. Al mismo tiempo, los resultados de estos estudios son alentadores en que dicha reducción no está asociada con un incremento en los resultados maternos y perinatales adversos.

En general, mostramos equivalencia para bajo peso al nacer dentro del presente margen. Cuando estratificamos los meta-análisis por unidad de aleatorización, los resultados tuvieron el mismo patrón y fueron similares en términos clínicos, aunque no pudimos aclamar equivalencia estadística debido al menor poder. Aunque no mostramos equivalencia estadística para pre-eclampsia dentro del margen superior establecido para bajo peso al nacer (un 20% de incremento), las tasas fueron clínicamente muy similares y el límite superior del IC del 95% (un 26% de incremento) estaba muy cerca de este margen. Consideraciones similares aplicadas al límite superior del IC 95% para la mortalidad perinatal (1,36, o 36% de riesgo incrementado). Para estos resultados con baja prevalencia, el poder es menor. Se pueden explorar dos enfoques para facilitar su interpretación: el primero es establecer límites más grandes de equivalencia basada en el riesgo absoluto; el segundo es disminuir el nivel de confianza (o sea, IC 90%) (69). Por ejemplo, el IC 90% para pre-eclampsia fue de 0,70 a 1,19, dentro del margen de equivalencia del 20%. Tenemos entonces, por supuesto, un riesgo incrementado de concluir falsamente que los modelos son equivalentes.

La evaluación de la percepción de las mujeres sobre la atención en los estudios de aleatorización individual, hecha en los países más desarrollados, indicó una insatisfacción con el modelo de un número menor de visitas prenatales, aunque más mujeres que en los grupos del modelo estándar elegirían este modelo para el próximo embarazo. En los países menos desarrollados, las mujeres asignadas al nuevo modelo estuvieron en general satisfechas como aquellas asignadas al modelo estándar pero también estaban preocupadas sobre la frecuencia de las visitas. El modelo con menor número de visitas prenatales mostró costos levemente menores en comparación con el modelo estándar en el estudio de Villar y colegas (70). La evaluación económica basada en el estudio de Sikorski y colegas (71) fue un análisis secundario al estudio, basado en los datos de costos de la unidad tomados de varias fuentes externas. La limitación más importante de ese análisis fue que no incluyó los costos para las mujeres, tales como aquellos asociados con pérdida de horas de trabajo, traslados y atención de los niños, y los costos marginales o extras, componentes que es más probable que sean influenciados por una disminución en el número de visitas de CPN. Es improbable que los prestadores realicen ahorros reales en los costos a partir de un menor número de visitas prenatales; sin embargo, el tiempo y la energía de las mujeres, el personal y los establecimientos estarían más libres para otras actividades más útiles.

El objetivo del CPN de rutina es hacer intervenciones de tamizaje, preventivas o de tratamiento efectivas y apropiadas. Por lo tanto, el número de visitas debería ser el resultado de como estas intervenciones efectivas pueden ser hechas de una manera oportuna durante el embarazo. Los resultados de esta revisión sistemática sugieren que esas intervenciones efectivas pueden hacerse dentro de menos visitas que las recomendadas en el presente, sin ningún incremento clínicamente importante en el riesgo de resultados adversos.

Referencias bibliográficas

1. Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration. Oxford: Update Software: 2000, Issue 4.

2. Villar J., Carroli G. Methodological issues of randomised controlled trials for the evaluation of reproductive health interventions. *Prev Med* 1996; 25: 365-75.
3. Mulrow CD, Oxman AD, eds. *Cochrane Collaboration Handbook* (updated September 1997). In: *The Cochrane Library* (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration. Oxford: Update Software, 2000, Issue 4.
4. Villar J., Ba'aqel H., Piaggio G., et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357: 1551-64.
5. Berlin J. A. Dose blinding of readers affect the results of meta-analyses? *Lancet* 1997; 350: 185-86. Fawzi W. W., Chalmers T. C., Herrera M.G., Mosteller F. Vitamin A supplementation and child mortality. *JAMA* 1993; 269: 898-903.
6. Fawzi W. W., Chalmers T. C., Herrera M. G., Mosteller F. Vitamin A supplementation and child mortality. *JAMA* 1993; 269: 898-903.
7. Berlin J. A., Laird N. M., Sacks H.S., Chalmers TC. A comparison of statistical methods for combining event rates from clinical trials. *Stat Med* 1989; 8: 141-51.
8. Cornfield J. Randomization by group: a formal analysis. *Am J Epidemiol* 1978; 108: 100-02.
9. Donner A., Klar N. *Design and analysis of cluster randomization trials in health research*. London: Arnold, 2000.
10. Idem 4
11. Majoko F., Munjanja S. P., Lindmark G., Nystrom L., Mason E. A comparison of two antenatal care packages in a rural area in Zimbabwe. Abstracts of the 4th International Scientific of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 1999. 3-6 October 1999. Cape Town, South Africa. page 2.
12. Munjanja S. P., Lindmark G., Nystrom L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 1996; 348: 364-69.
13. Donner A., Klar N. Confidence interval construction for effect measures arising from cluster randomization trials. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 123-31.
14. Piaggio G., Carroli G., Villar J., et al. Methodological considerations on the design and analysis of an equivalence stratified cluster randomisation trial. *Stat Med* 2001; 20: 401-16.
15. Idem 4
16. Donner A., Piaggio G., Villar J. Statistical methods for the meta-analysis of cluster randomization trials. *Stat Methods Med Res* (in press).
17. Petitti D. B. *Meta-analysis, decision analysis and cost-effectiveness analysis: methods for quantitative synthesis in medicine*, 2nd edn. New York: Oxford University Press, 2000.
18. Idem 3
19. Fleiss J. L. *Statistical methods for rates and proportions*, 2nd edn. New York: John Wiley, 1981.
20. Egger M., Smith G. D., Schneider M., Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997; 315: 629-34.
21. Villar J., Piaggio G., Carroli G., Donner A. Factors affecting the comparability of meta-analyses and largest trials results in perinatology. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 997-1002.
22. Donner A., Piaggio G., Villar J., et al. Methodological considerations in the design of the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (suppl 2): 59-74.
23. Idem 4
24. Idem 11
25. Idem 12
26. Binstock M. A., Wolde-Tsadik G. Alternative prenatal care: impact of reduced visit frequency, focused visits and continuity of care. *J Reprod Med* 1995; 40: 507-12.
27. Walker D. S., Koniak-Griffin D. Evaluation of reduced-frequency prenatal visit schedule for low-risk women at a free standing birthing center. *J Nurse Midwifery* 1997; 42: 295-303.
28. Idem 26
29. Idem 27
30. Idem 11
31. Idem 12
32. Idem 4
33. Idem 26
34. Idem 27
35. Idem 4
36. Idem 11
37. Idem 12
38. Idem 27
39. Idem 26
40. McDuffie R. S., Beck R., Bischoff K., Cross J., Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among

low-risk women. JAMA 1996; 275: 847-51.

41. Sikorski J., Wilson J., Clement S., Das S., Smeeton N. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. BMJ 1996; 312: 546-53.

42. Idem 12

43. Idem 4

44. Idem 11

45. Idem 26

46. Idem 4

47. Idem 12

48. Idem 12

49. Idem 4

50. Idem 26

51. Idem 27

52. Idem 26

53. Idem 4

54. Idem 40

55. Idem 41

56. Idem 4

57. Idem 12

58. Idem 26

59. Idem 26

60. Idem 4

61. Idem 4

62. Henderson J., Roberts T., Sikorski J., Wilson J., Clement S. An economic evaluation comparing two schedules of antenatal visits. J Health Serv Res Policy 2000; 5: 69-75.

63. Idem 62

64. Clement S., Candy B., Sikorski J., Wilson J., Smeeton N. Does reducing the frequency of routine antenatal visits have long term effects? Follow-up of participants in a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106: 367-70.

65. Idem 16

66. Idem 22

67. Idem 4

68. Idem 12

69. Sterne J., Davey Smith G. Sifting the evidence - What 's wrong with significance tests? BMJ 2001; 322: 226-31.

70. Idem 4

71. Idem 62

Estrategia frente al Sarampión*.

Strategy for coping with measles.

Salazar, Ramiro (1)

INTRODUCCIÓN

El sarampión es responsable de 1 millón de muertes al año en todo el mundo y se lo considera uno de los principales problemas de Salud Pública, siendo los niños los más afectados. Genera gastos por más de 1.500 millones de u\$s al año en concepto de vacunas y en tratamiento de casos.

La vacuna antisarampionosa, principal instrumento de prevención, fue introducida en Argentina y demás países del continente Americano a principios de la década de los '70, primero en forma de campañas y luego como programas regulares de vacunación (1).

En 1977 la Organización Mundial de la Salud a través de la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS) propuso a todos los países miembros de la región crear el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), incluyendo la vacuna antisarampionosa junto a BCG, Sabin y Triple DPT dentro de un esquema básico de vacunación (2).

La introducción de estas vacunas modificó sustancialmente el comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles. Los progresos

alcanzados en la distribución y aplicación de las vacunas a través de los servicios de Atención Primaria de la Salud en las Américas, luego de la declaración de Alma Ata (1978) y la extensión de los servicios de vacunación hacia los sectores más críticos de la población (incorporación de personal capacitado en prevención y promoción de la salud e incremento de recursos técnicos y materiales), contribuyeron a mejorar la cobertura de vacunación en las poblaciones de los países miembros de OPS.

Con la puesta en marcha del PAI, en las Américas (OPS-OMS), se logró controlar y eliminar enfermedades inmunoprevenibles. Se eliminó la poliomielitis en setiembre de 1991 (último caso-Junín, Perú), se redujo sustancialmente la morbilidad y mortalidad debida a sarampión, tétanos, difteria, coqueluche y tuberculosis (3).

Debido a los alentadores resultados alcanzados con los programas regulares de vacunación para prevenir enfermedades, se depositó una mayor confianza y expectativa en el uso de las vacunas como instrumento de Salud Pública para el control de enfermedades infectocontagiosas ya

* Trabajo Final de la Carrera de Epidemiología, Instituto de la Salud J. Lazarte, Dic. 2000. Modificado y actualizado en Octubre del 2002.

(1) Médico Epidemiólogo del Sistema Municipal de Epidemiología (SIME). Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

rsalazar@intramed.net.ar

sean de carácter epidémico o endémico.

Transcurriendo septiembre de 1994, los Ministros de Salud de las Américas, reunidos en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana resuelven adoptar la meta de erradicación del sarampión para el año 2.000 (4, 5).

En este contexto, se certifica la erradicación de la poliomielitis en las Américas y se remarca el éxito obtenido en los países Caribeños, donde se había interrumpido la circulación del virus sarampión. La OPS, edita para entonces una "Guía Práctica Para La Erradicación Del Sarampión" y se brindan recomendaciones a los países miembros a los fines de alcanzar los objetivos prefijados (6).

Sin embargo, y contrariando las expectativas manifestadas por miembros de la Salud Pública en las Américas, a partir del año 1997, comienzan a producirse importantes brotes epidémicos de sarampión en países de Sud América: Brasil, Argentina y Bolivia (7,8,9).

Debido a este inesperado comportamiento del sarampión en el continente, OPS convoca a los administradores, epidemiólogos y sanitarios cuyos países habían desarrollado brotes epidémicos, a reflexionar sobre los niveles de cobertura de vacunación contra sarampión y la calidad de los registros oficiales. Se planteó la preocupante situación alrededor de las técnicas y metodologías utilizadas para estimar cobertura de vacunación, echando un manto de dudas sobre la confiabilidad de las mismas.

Cabe destacar al respecto que desde la existencia de las vacunas como instrumento de prevención y del uso masivo de las mismas, ha existido siempre la necesidad de conocer la proporción de vacunados y no vacunados. También estuvo siempre presente la necesidad de estimar la distribución por edad y sexo como de otras variables útiles para la planificación y gestión de los programas de vacunación. La disponibilidad de esta información permite estimar las áreas prioritarias de vacunación debido a la baja cobertura como así también la efectividad e impacto de las vacunas utilizadas en la población.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El sarampión es una enfermedad febril y eruptiva altamente infecciosa que se presenta por lo general acompañada de congestión conjuntival, nasal o bronquial -con tos-. Las manchas de *Köplik* (manchas blancas con fondo rojo ubicadas en la mucosa del vestíbulo de la boca) son consideradas patognomónicas. Para el tercer o séptimo día aparece una erupción característica, con manchas rojas parduscas, que comienzan en cara y luego se generaliza en el cuerpo; dura por lo general de 4 a 7 días.

Las complicaciones pueden ser debidas a sarampión o a infecciones bacterianas sobre-agregadas, incluyendo otitis media, neumonía, laringo-traqueítis, diarrea y encefalitis.

Las defunciones se producen por lo general en niños menores de 5 años y la causa suele ser neumonía o encefalitis. En niños de corta edad y desnutridos puede provocar erupciones hemorrágicas, enteropatías con pérdida de proteínas, otitis media, úlceras bucales, deshidratación, diarrea, ceguera e infecciones cutáneas graves.

En aquellos niños en los cuales la nutrición es apenas suficiente, el sarampión puede desencadenar desnutrición proteica, Kwashiorkor agudo y exacerbar el déficit de vitamina A, con lo cual puede producir ceguera.

El agente infeccioso del sarampión es un virus, miembro del género *Morbillivirus*, de la familia *Paramyxoviridae*. Posee estabilidad antigénica, por lo cual no ha modificado su estructura viral a lo largo del tiempo y es sensible al secado, calor y rayos ultravioletas (10), esto último le impediría al virus permanecer viable en el ambiente, fuera del cuerpo humano.

El mecanismo de transmisión viral se produce mediante secreciones respiratorias emanadas al toser, estornudar o hablar. De esta forma, el agente infeccioso, al contar como vehículo a las secreciones respiratorias y el aire, adquiere un fácil y eficaz mecanismo de contagio.

El tiempo de incubación dura por lo general 10 días pudiendo variar entre 7 a 18, considerando el tiempo transcurrido desde el momento de exposición al agente, hasta el comienzo de la fiebre, y unos 14 días para el inicio de la erupción que por lo general aparece después de la fiebre.

En la actualidad, el virus del sarampión, es reconocido como patógeno sólo para la población humana y no se ha detectado enfermedad en otros

seres vivos de la naturaleza.

Aunque algunos monos han contraído la infección, la transmisión entre monos salvajes no parece ser un mecanismo importante de persistencia de la enfermedad en la naturaleza (11). Por lo tanto el reservorio del virus, hasta el momento, sólo lo constituye el ser humano.

Esta última consideración permite conjeturar que, interrumpiendo simultáneamente la circulación del virus en la población humana, se podría eliminar y hasta erradicar definitivamente el sarampión a nivel planetario. Esta erradicación sería similar a la alcanzada con la viruela (último caso Somalia, año 1977) y que permitió suspender definitivamente la aplicación de vacunas antivariólicas en todo el mundo.

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico del sarampión, se cuentan con tres pilares:

- Clínico
- Epidemiológico
- Laboratorio

Si se tiene en cuenta sólo las manifestaciones clínicas de la enfermedad (signos y síntomas) puede confundirse el diagnóstico, ya que existen otras enfermedades que cursan con fiebre y erupción tales como dengue, rubéola, mononucleosis infecciosa, etc. Además, estas enfermedades comparten otros rasgos clínicos como ser congestión de vía aérea superior, dolores articulares, decaimiento, etc.

Ciertos datos epidemiológicos pueden colaborar al diagnóstico de sarampión primordialmente en aquellos individuos que relatan antecedentes de haber tenido contacto con algún caso confirmado de sarampión, o visitado una zona declarada en epidemia.

Sin embargo, la confirmación diagnóstica de sarampión, se define a través de estudios específicos de laboratorio donde se buscan anti-cuerpos (Ac) IgM e IgG en suero. Otra modalidad de confirmación por laboratorio es la identificación viral en muestras de orina aunque esta última es menos usada (12).

Una sola muestra sanguínea obtenida entre 3 y 28 días después del inicio del exantema se considera aceptable y suficiente como para

realizar la prueba de detección de Ac.IgM. La muestra de sangre debe obtenerse cuando el paciente consulta por primera vez a un centro asistencial. Si se obtiene una muestra de sangre antes de que hayan transcurrido tres días del inicio de exantema, se debe obtener una segunda muestra entre 10 y 20 días de la primera a los fines de mejorar la sensibilidad y especificidad del estudio (13).

PREVENCIÓN: LA VACUNA

La vacuna antisarampionosa esta diseñada a partir de virus vivos que fueron sometidos a un proceso de atenuación. Se presenta sola o combinada en la vacuna triple viral, junto a paperas y rubéola. Se aplica de manera inyectable intramuscular.

En la actualidad, la vacuna combinada triple viral (MMR), está incluida en el Programa Nacional de Inmunización. Su incorporación se realizó a partir del año 1997. El plan recomendado es una primera aplicación al año de vida y la segunda en el ingreso escolar (4-6 años). La vacuna antisarampionosa quedó recomendada para las acciones de "bloqueo" epidemiológico alrededor de los casos o para completar dosis según las campañas de seguimiento que deban llevarse a cabo.

Por lo general las reacciones adversas a la vacuna antisarampionosa sola o triple viral, son de tipo leve, con eritema y dolor en el lugar de la inyección. En algunas ocasiones se puede producir una erupción generalizada y fiebre dando un cuadro similar al sarampión. A este cuadro se lo denomina caso de sarampión post-vacunal.

En muy raras ocasiones puede desarrollarse una reacción alérgica grave, tipo shock anafilático, que puede comprometer la vida del individuo vacunado.

La vacuna antisarampionosa debe ser conservada en cadena de frío (4° a 8°) e inoculada con técnica correcta por lo cual debe estar a cargo de personal capacitado, tanto para acompañar el proceso organizativo como para atender los posibles efectos adversos que puedan producirse tras la aplicación.

INMUNIDAD

En épocas anteriores a la existencia de la vacuna, prácticamente todas las personas contraían sarampión a temprana edad. Los brotes epidémicos se producían por lo general cada 3 ó 4 años y la inmunidad de los individuos y la población dependía exclusivamente de las creadas en forma natural tras sufrir la enfermedad o haber padecido una infección subclínica o asintomática.

El organismo humano, al tomar contacto con el virus salvaje, reacciona poniendo en marcha la producción de inmunoglobulinas séricas específicas o también llamados anticuerpos (Ac). Existen dos tipos de Ac. de importancia: los Ac.IgM y los Ac.IgG. La aparición de los mismos en sangre se realiza de manera secuencial, primero aparecen los Ac. IgM, que declinan a pocas semanas o meses, y luego comienzan a circular en sangre los Ac. IgG que perduran por lo general durante años. Estas inmunoglobulinas se consideran verdaderos vestigios inmunológicos de la infección.

La respuesta inmune desarrollada tras la aplicación de la vacuna antisarampionosa es análoga a la producida tras la infección por el virus salvaje del sarampión.

Los anticuerpos Ac IgM e IgG son considerados los elementos substanciales de la respuesta inmune frente a la infección o a la vacunación contra sarampión.

Los lactantes por lo general están protegidos hasta los 5 o 9 meses por anticuerpos maternos adquiridos pasivamente (a través de la placenta) y los transferidos mediante lactancia materna. Algunos lactantes vacunados antes de los 9 meses de edad, tal vez no adquieran inmunidad detectable debido a la interferencia de los anticuerpos maternos.

Se considera que el hallazgo de Ac.IgG en sangre, manifiesta defensas frente al sarampión. Se sostiene que la inmunidad tras la infección natural dura toda la vida, y se ha comprobado que la vacuna confiere protección por 20 años (14).

Sin embargo entre distintos grupos de investigadores no se ha logrado un consenso general sobre la durabilidad de la protección conferida por la vacuna señalando al respecto algunas fallas:

a) Falla primaria de la vacuna: la actual vacuna antisarampionosa a virus vivos atenuados tiene una eficacia del 90 a 95%. El 5 a 10% de niños vacunados (pero no inmunizados) constituyen un

reservorio importante que favorece la circulación del virus y se considera un factor que incide en la aparición de un brote.

b) Falla secundaria de vacunación: que plantea una pérdida de anticuerpos de alrededor del 10% luego de 10 o 15 años de vacunación, medida por técnicas de neutralización.

c) Falta de cadena de frío: Es ampliamente reconocida su importancia. El cuidado de la vacuna en todos los eslabones de la cadena deben ser observados, desde la llegada al país, hasta la distribución por las Provincias, Departamentos y Centros asistenciales como así también su posterior aplicación (15).

Otro concepto a considerar es el referido a la "inmunidad de masas" o "inmunidad poblacional". El mismo se relaciona a la protección que brindan los individuos vacunados al conjunto de la población, incluyendo a los no vacunados. Se afirma que los individuos vacunados cortan la cadena de contagios e imposibilitan la libre circulación viral, protegiendo así a otros individuos susceptibles de padecer sarampión. Otro aspecto al que hace referencia este concepto es sobre la distribución de los vacunados en una población ya que si ésta es uniforme, dificulta la existencia de un "grupo necesario de susceptibles" como para que se pueda desarrollar un brote epidémico.

Cuanto más altos sean los niveles de cobertura y homogéneamente distribuidos estén, resultará menos probable la organización de brotes o contagios masivos en la población.

Cabe destacar que la OMS considera que puede interrumpirse la transmisión del sarampión alcanzando coberturas mayores al 95% (16).

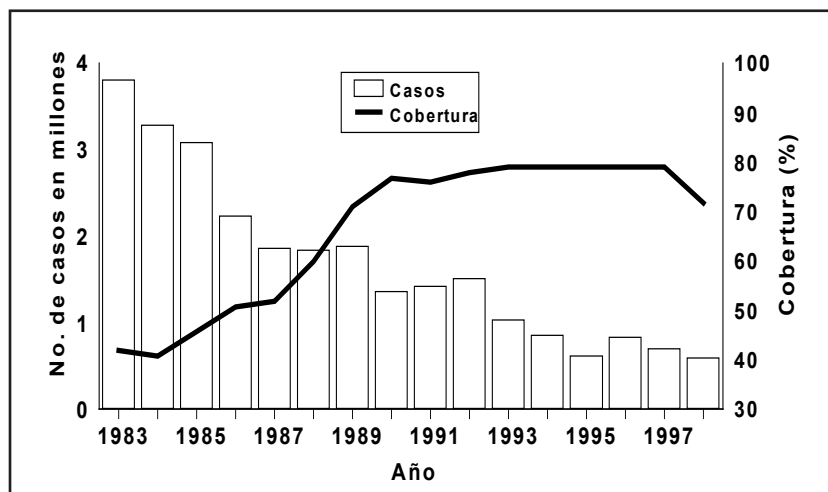
SARAMPIÓN A NIVEL GLOBAL Y LAS AMÉRICAS

En el Gráfico 1 se observa el período 1983-1999 con la cobertura estimada de vacunación y la incidencia de casos, a nivel mundial.

En él se puede observar que hubo una disminución notable en la incidencia de casos, correlacionado con un aumento en los niveles de cobertura antisarampionosa.

El sarampión, en el ámbito continental, fue declinando en su incidencia desde la aparición de la vacuna antisarampionosa aunque el desarrollo

Gráfico 1: Número de casos de sarampión y cobertura contra sarampión en niños de 1 año de edad, Nivel global 1983-1999



Fuente: Adaptado de OPS-OMS. año 2000

de brotes epidémicos estuvo siempre presente; la excepción fue durante el año 1996 cuando la enfermedad dejó de ser endémica en las Américas.

Durante el año 1997, resurge el sarampión en Brasil con 53.000 casos confirmados, la mayoría de ellos se produjeron en la ciudad de San Pablo con más de 42.000 casos y con los siguientes datos de interés: 71% de los casos ocurrieron en mayores de 20 años de edad; 12% en menores de 1 año de edad y 61 muertes.

En los años subsiguientes el sarampión se propagó a la Argentina, Chile, Paraguay, Bolivia, Costa Rica y EEUU.

La OPS llegó a la conclusión de que el sarampión resurgió debido a las fallas en la estrategia implementada y que no se habían realizado las campañas necesarias para completar la cobertura de vacunación en aquellos países que presentaron brotes. También señaló un escaso desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica y una pobre investigación de brotes.

La incorporación de la vacuna antisarampión en los programas regulares de inmunización (PAI -1977), permitió disminuir considerablemente la incidencia del sarampión en el continente como se observa en el Gráfico 2.

En este gráfico se observa que durante el período 60-64 nos encontramos con una curva

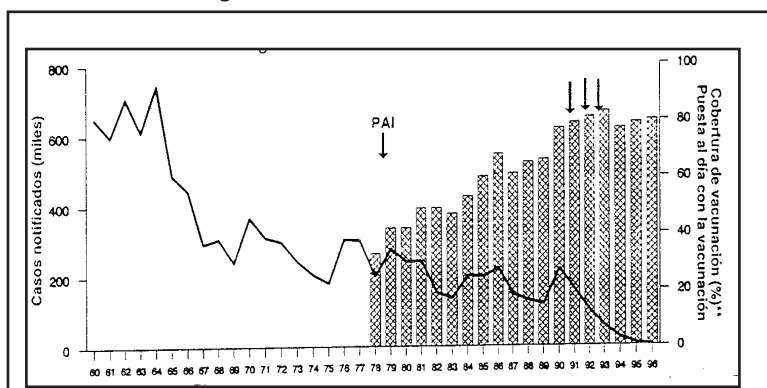
que se mantenía elevada y que mostraba ligeros aumentos. Para el período 64-69 se exhibe un continuo descenso de los casos notificados.

En el período comprendido por los años '70 y '77 se mantuvieron los niveles de notificación aunque se presentaron algunos altibajos. A partir de 1978, año en el que se implementó efectivamente el PAI, el número de casos notificados disminuyó, particularmente en la década de los '90, en los que se alcanzaron los niveles más altos de cobertura. Si analizamos la tendencia general de esta curva, se puede diferenciar con claridad un antes y después de la introducción de la vacuna. Se observa la declinación de la incidencia del sarampión a lo largo de todo el período '60 - '96 aspecto que se acentuó luego de la introducción de la vacuna.

Esta alentadora situación epidemiológica, en la lucha contra el sarampión como de otras enfermedades inmunoprevenibles, se reflejó en diversas publicaciones e informes de OPS-OMS como de los gobiernos de los países Americanos durante la última década.

SARAMPIÓN EN ARGENTINA

Gráfico 2: Incidencia del sarampión y cobertura de vacunación, Región de las Américas, 1960-1996*



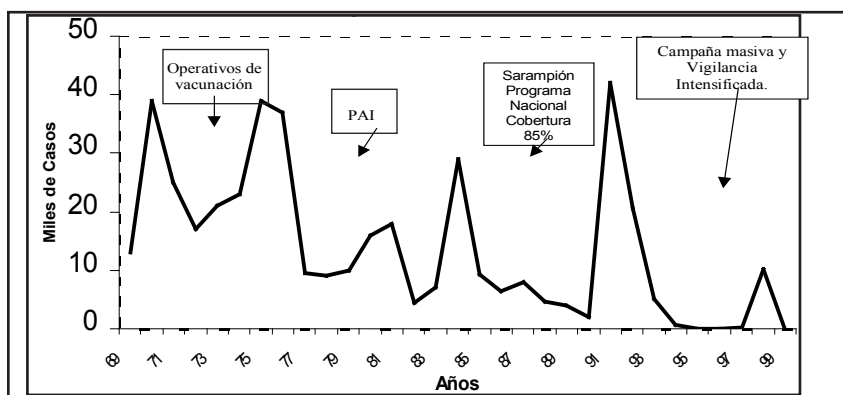
Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, OPS-OMS 1997

En nuestro país la situación del sarampión se manifiesta de manera similar a lo sucedido a nivel regional y continental. En el Gráfico 3 puede observarse la incidencia del sarampión en Argentina durante el período 1969-1999. En el mismo se detallan los brotes ocurridos durante los años '70, '75, '81, '84, 1991 y '98. También se muestran las principales acciones de control mediante vacunación registradas en el país.

Como es lógico entender, las coberturas de vacunación pueden alcanzar un 100 % como porcentaje máximo, sin embargo en publicaciones oficiales se muestran valores imposibles de alcanzar, superiores al 100% de la población. Esto genera una falta de confianza en los datos estimados de cobertura que sumados a la circulación viral del sarampión plantea otros interrogantes como ser la eficacia de la vacuna y la distribución de la misma en la población.

Si correlacionamos los brotes de sarampión

Gráfico 3: Notificación de Casos de Sarampión, Argentina 1969-1999



Fuente: Adaptado de Boletines Epidemiológicos del Ministerio de Salud de la Nación. Año 2000

A partir de 1985, la vacuna antisarampionosa queda incorporada al programa regular de inmunización en la Argentina. Se vacunó a niños de 1 año de edad alcanzándose coberturas mayores al 85%.

En el período 1985-90 se puede ver un paulatino descenso de la notificación nacional de casos. Sin embargo, en 1991 se presentó un gran brote con más de 40.000 casos. Llama la atención que desde el año 1990, según datos oficiales se habrían alcanzado coberturas de vacunación mayores al 90%.

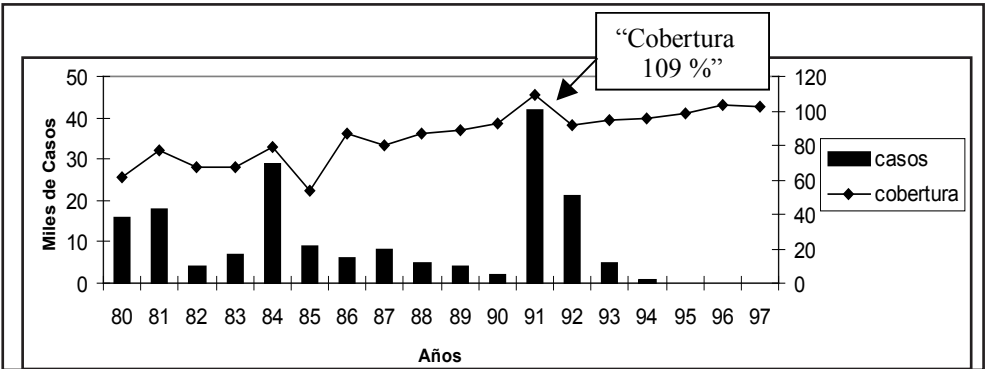
Con la publicación de estas "coberturas" se generan fuertes dudas sobre la confiabilidad y representatividad de los registros oficiales. Esta situación es una problemática a ser investigada y superada.

En respuesta a la situación de riesgo manifestada en el brote de 1991, las autoridades nacionales de salud, en el marco del programa de erradicación del sarampión en las Américas, propuesto por OPS-OMS, planificó una campaña masiva de vacunación para niños de 1 a 14 años que se implementó en el año 1993. En ella se

vacunó con antisarampionosa a todos los niños independientemente de las dosis que tuviesen aplicadas al momento de la campaña. La cobertura alcanzada fue mayor al 95%. También se puede observar en los Gráficos 3 y 4 que la incidencia de la enfermedad comenzó a bajar hasta el punto de no registrarse casos a partir del año 1994 y hasta 1997. Cabe señalar que por esos años, la disponibilidad de laboratorios para la detección de anticuerpos, no era accesible a todos los servicios de salud del país, de modo que pueden haber existido algunos casos que no fueron confirmados por laboratorio.

Posteriormente a la campaña de vacunación antisarampionosa del año '93, se implementó un dispositivo de vigilancia Epidemiológica Intensificada para Enfermedades Febriles y Exantemáticas (EFE) con la finalidad de lograr la eliminación y erradicación del sarampión en la Argentina. La misma estableció que, ante un caso sospechoso de sarampión (criterio EFE: fiebre, erupción y alguno de los tres catarras, nasal, bronquial u ocular), se debe completar una ficha epidemiológica del caso, tomar una muestra de suero

Gráfico 4: Sarampión. Notificación de casos y cobertura antisarampionosa al año de edad. Argentina 1980-1997



Fuente: Adaptado de Informes Epidemiológicos del Ministerio de Salud de la Nación. año 2000

del paciente, y realizar acciones de bloqueo con vacuna antisarampionosa a todos los contactos del caso que se encuentren entre los 6 meses y 40 años de edad.

BROTE EN ARGENTINA, AÑO 1998

Hacia el mes de agosto de 1997 comenzó el brote epidémico de sarampión en la Argentina, concluyendo el año con 121 casos confirmados por laboratorio, y 3 jurisdicciones afectadas: Provincia de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Misiones.

Con el inicio del año 1998, la incidencia de casos continuó en franco ascenso, involucrando

paulatinamente a la mayoría de las jurisdicciones, y presentando la máxima expresión del brote hacia el mes de setiembre. Finalizado el año '98 se confirmaron por laboratorio 10.229 casos y se registraron 60 muertes.

La distribución de casos por edad en este último brote puede observarse en el Gráfico 5 que muestra un 34% de afectados en menores de 1 año y los niños de 1 año con el 16 %. La incidencia en niños de 2 a 5 años fue del 13% y en niños de 6 a 9 años 16%. Los mayores de 20 años de edad representaron el 21%.

Esta situación llama la atención en cuanto a un posible cambio en el comportamiento de la enfermedad, ya que por lo general los adultos no suelen ser afectados por el sarampión (20, 21). Esta situación ya se había observado en el brote de sarampión en San Pablo - Brasil durante 1997 con 71% de afectados mayores de 20 años.

El desarrollo de la epidemia en la provincia de Buenos Aires fue difícil de contener, constituyendo uno de los distritos más afectados del país.

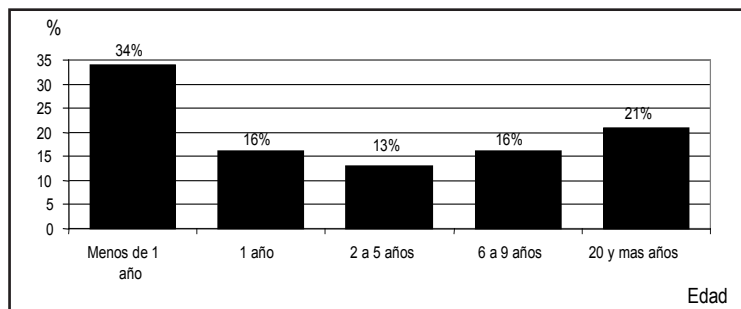
En la actualidad el Ministerio de Salud de la Nación y la OPS-OMS recomiendan la realización

de "campañas de seguimiento" en carácter de vacunaciones masivas y periódicas en niños menores de 5 años y la estimación de susceptibles acumulados (niños no vacunados y 5 a 10 % de niños vacunados pero no inmunizados) ya que cuando éstos se aproximan al número de recién nacidos vivos por año será necesario iniciar campañas especiales de vacunación (22).

En abril de 1997 se aconsejó a todas las jurisdicciones la puesta en marcha de una campaña con estas características que tuvo diferentes grados de adhesión.

En relación a esto último, hay que mencionar que una de las principales sociedades científicas del país, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), cuyos delegados participan de la reunión nacional de consenso junto a la Sociedad Argentina de Infectología, la Dirección de Epidemiología y los Representantes técnicos de las provincias, no adhirieron a esta medida, recomendando concentrar todos los esfuerzos en los niños no vacunados y por lo tanto no revacunar a los niños menores de 5 años y sugirieron la realización de una campaña para completar coberturas.

Gráfico 5: Distribución por Edad de casos confirmados de Sarampión



Nota: Nro. total de casos año 1998: **10229**.

Fuente: Adaptado Informes Epidem. del Ministerio de Salud de la Nación, año 2000

Luego de realizada esta campaña se informó oficialmente un 97% de cobertura de antisarampionosa 93% para niños entre 2 a 5 años, y una cobertura de triple viral de 104.6% para niños de 1 año (23).

Según datos del Sistema Municipal de Epidemiología (SIME) de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, que incluye la notificación de casos pertenecientes a algunos efectores privados pero que excluye de la lectura

los datos existentes en la Zona VIII de Salud de la Provincia de Santa Fe (los mismos corresponden a la región sur de la provincia y no sólo la ciudad de Rosario), se observa que la mayor incidencia se presentó en el año '91 (n = 1.885) reflejando en el ámbito local lo acontecido para entonces en el ámbito nacional. (Gráficos 3 y 6).

Durante el período 1992-97 fue descendiendo la incidencia de la enfermedad, situación que también reflejó lo sucedido a nivel nacional.

Cabe aclarar que los "casos" registrados en Rosario desde el '94 al '97, luego de la campaña del '93, no fueron confirmados por laboratorio por diversos motivos, entre ellos: no-concurrencia del paciente a la extracción de sangre, personal de enfermería escasamente adiestrado para la extracción de sangre en niños, inadvertencia de los médicos sobre la necesidad de confirmar el diagnóstico mediante laboratorio, etc. En estos casos, se arribó al diagnóstico por la clínica y a pesar de no contar con la confirmación de laboratorio, el SIME decidió incorporarlos al registro mencionando la condición de los mismos. Por lo tanto se afirma que no ocurrieron "casos confir-

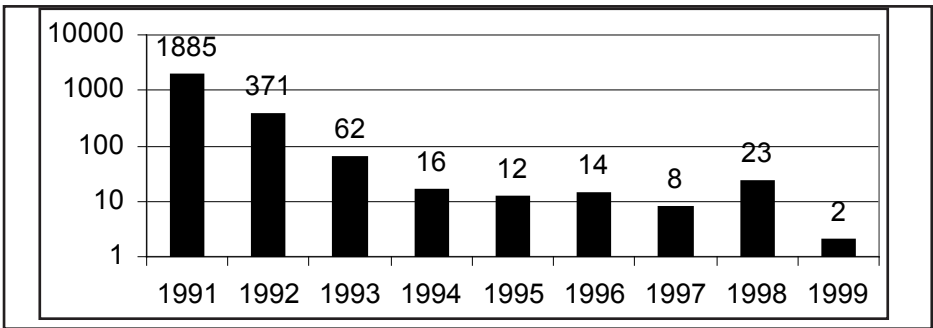
mados" por laboratorio en el período 1994-1997 en la ciudad de Rosario.

Durante el año 1998 se registraron 23 casos confirmados que sí pudieron ser investigados, según los criterios EFE del sistema de vigilancia epidemiológica nacional y se pudo investigar mediante laboratorio la situación de cada uno de ellos. Para 1999 se presentaron sólo 2 casos confirmados de sarampión (24).

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Se entiende por cobertura de vacunación a la proporción de población vacunada, y sobre la cual

Gráfico 6: Casos Sarampión Rosario (1991-1999)



Nota: escala logarítmica.

Fuente: SIME. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, año 2000

se dirige la vacunación (susceptibles), alcanzando en ella un esquema de inmunización acorde a las normas preestablecidas en Programas Públicos de Salud. Se espera así, controlar, eliminar y hasta erradicar enfermedades inmunoprevenibles.

En la actualidad resulta difícil estimar la proporción de vacunados en una población debido a que son muchas las organizaciones de salud que intervienen aplicando vacunas. Estas organizaciones pueden pertenecer al subsector público Estatal, Obras Sociales, Empresas privadas u Organizaciones no Gubernamentales, etc., que funcionan y se organizan con escasa o nula coordinación entre ellas.

Por lo general, las estimaciones de cobertura sólo incluyen los datos existentes en el subsector público, no sumándose las aplicadas en los otros subsectores, donde se vacuna a una importante cantidad de individuos. Además, existen demoras en la notificación de los datos provenientes de

zonas lejanas que pueden retrasar de 6 a 12 meses la publicación de informes actualizados.

Las actividades de vacunación se realizan a través de Programas regulares o mediante "campañas", que muchas veces son simples operativos, con alcance limitado en la población, y no el uso simultáneo de todos los recursos existentes como para alcanzar un objetivo en un tiempo relativamente corto. Estas "campañas", por lo general, no registran datos de manera confiable sobre la cantidad de vacunas aplicadas ni la distribución de las mismas en la población.

Siempre existió la necesidad de estimar la cobertura de vacunación con un método confiable y rápido, en función de que la misma cambia velozmente en poco tiempo. Todos los años se debe vacunar a un grupo de niños completamente nuevo y por lo tanto la tasa de cobertura cambia de un año a otro y debe ser estimada, al menos, anualmente.

El éxito de los programas de vacunación de cada cohorte depende de muchos factores como ser accesibilidad de los centros de vacunación, concurrencia espontánea de la población, escolaridad, etc. Y todos ellos interactúan para finalmente definir el alcance del programa.

Por lo general para estimar las tasas de cobertura de vacunación se utilizan las notificaciones rutinarias, con las cuales se realizan las llamadas estimaciones de "administración de vacunas". Otra modalidad utilizada para estimar son las encuestas aunque no tienen el grado de desarrollo deseado.

Regularmente, los Ministerios de Salud suelen hacer estimaciones a través de la "administración de vacunas". Éstas, a su vez, son recibidas y notificadas por organizaciones internacionales, tales como la OPS - OMS y UNICEF, llegando así a constituir los únicos datos oficiales disponibles en el ámbito internacional.

La cobertura de vacunas se calcula tomando el número de dosis aplicadas a niños de un grupo de edad durante un período determinado (numerador) y se lo divide por el número total de niños de ese grupo de edad durante el mismo período (denominador). Las estimaciones de "administración de vacunas" se basan por lo tanto, en datos correspondientes a un período (recolectados durante un intervalo relativamente largo, que suele ser un año).

Son múltiples los motivos que contribuyen a que surjan discrepancias y a veces errores en la relación numerador / denominador utilizadas para estimar cobertura:

- Para estimar la población vacunada, se utilizan los registros sobre cantidad de vacunas "distribuidas o aplicadas" (sin especificar a quienes fueron distribuidas ni aplicadas) y estos datos son correlacionados con la población estimada según el último censo nacional disponible.

- En algunas situaciones se cuentan las dosis "enviadas a terreno" desde el nivel central hacia los diferentes servicios de salud (recordar que si los frascos multidosis no son utilizados en su totalidad, suelen descartarse al finalizar la jornada laboral); en otras, se cuentan las que fueron efectivamente aplicadas a los individuos. Una tercera opción es que se sumen ambas.

- Es habitual que existan fluctuaciones en la calidad de registros de un servicio a otro y esto

suele sobreagregar distorsiones a los resultados finales de cobertura.

- La aplicación de vacunas a niños que están fuera de la edad recomendada en el programa de vacunación, aumenta el numerador y, por ende, se sobrestima la cobertura. Otras veces hay diferencias en los grupos de edad de los niños que integran la muestra llegando a sobreestimarse la misma (25). Se trata de errores frecuentes y son muchos los países que cuentan las dosis de vacunas aplicadas sin diferenciarlas por edad.

- En muchas ocasiones los individuos de una localidad tienden a trasladarse en busca de vacunatorios más accesibles o que le resultan más satisfactorios en otras localidades. Esta situación también podría ser interpretada como "errores reiterados" en la implementación de la metodología utilizada para estimar los niveles de cobertura (26).

Uno de los elementos a recordar es que la tasa de cobertura de vacunación no equivale a tasa de inmunización (la vacuna no siempre garantiza protección, porque no todos los individuos vacunados "seroconvierten" como para estar asegurados en su inmunización).

Por otro lado, la vigilancia epidemiológica del sarampión presenta dificultades para identificar la circulación del virus cuando la enfermedad se comporta en condiciones de baja endemicidad. Sobre este particular hay que señalar que la ciudad de Rosario realizó una Búsqueda Activa (BA) de Sarampión financiada por OPS-OMS en el año 2000 para suplir dicha situación (27).

Los profesionales de la salud tienden a mantener una baja sospecha de la enfermedad luego de un período prolongado de tiempo sin que se presenten casos en su práctica clínica cotidiana. La vigilancia epidemiológica, necesita en gran parte de esta sospecha clínica de casos para iniciar el proceso de búsqueda, detección y bloqueo de contactos.

Existen entonces dos elementos considerados de importancia al momento de estudiar la cobertura de vacunación antisarampionosa, la primera de ellas es la sobrestimación de coberturas y la segunda es la subestimación de la circulación viral en la población. Estos obstáculos deben superarse si queremos mejorar la estrategia de eliminación y erradicación del sarampión.

COMO SE ESTIMA LA EFICACIA DE LA VACUNA ANTISARAMPIONOSA.

En cuanto a la eficacia, hay que diferenciar: la eficacia experimental de la verdadera. Esta última es la que se desprende del uso real en terreno e incluye todas las dificultades encontradas en el proceso de distribución, conservación y aplicación de las vacunas. Las condiciones experimentales están referidas a que ciertas variables como: cadena de frío, técnica de aplicación, condición nutricional del individuo a ser vacunado, etc. están bajo estricto control.

La eficacia verdadera (EV) de la vacuna antisarampionosa se determina normalmente calculando la diferencia entre las tasas de ataque (TA) del sarampión en poblaciones vacunadas y no vacunadas.

En lugares donde cuentan con sistema de vigilancia serológica, se deben incluir en los datos sobre la EV de la vacuna, los casos de sarampión confirmados mediante laboratorio.

La eficacia verdadera se determina empleando la siguiente relación:

$$EV: (TAN - TAV) / TAN \times 100$$

Donde TAN y TAV son las tasas de ataque en población no vacunada y vacunada, respectivamente.

Si se identifican casos de sarampión, es aconsejable calcular el grado de cobertura de la vacuna, evaluar la EV de la misma y, de ser necesario, iniciar actividades inmediatas de vacunación (28).

La interpretación equivocada de casos de sarampión puede demorar la iniciación de medidas de control. De esta forma se puede subestimar o sobrestimar la eficacia de la vacuna anti-sarampionosa.

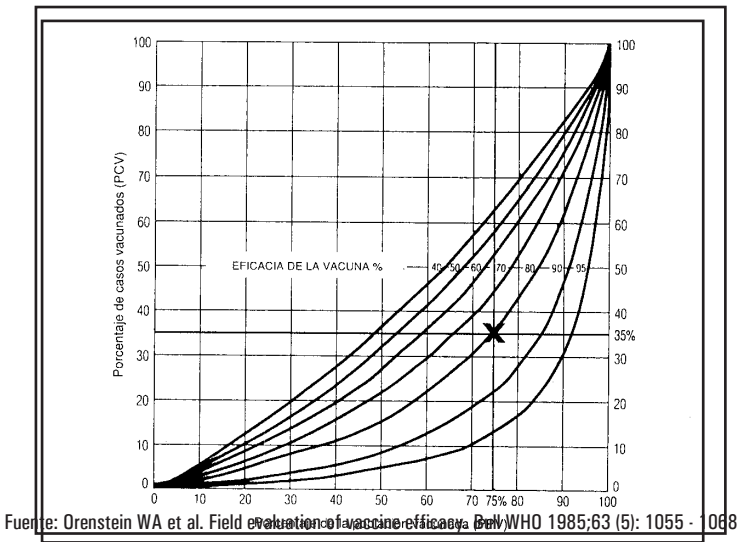
PROPUESTA

Sugerir una modalidad de evaluación de cobertura basada en la realización de estudios específicos de cobertura, con diseños muestrales, que sean representativos de la población y complementar los mismos con nuevos instrumentos disponibles en la actualidad.

Una buena estimación de cobertura permitiría identificar grupos o subgrupos poblacionales susceptibles de contraer la enfermedad, por carecer de la cobertura adecuada, y se podrían dirigir de manera inteligente las actividades de vacunación. De esta forma se reorientarían las políticas y estrategias de vacunación contemplando las necesidades diferenciales de vacunación.

Es conveniente cambiar la tradicional forma de estimar la cobertura de vacunación empleada

Gráfico 7: Modelo de gráfica para calcular la eficacia de la vacuna



en la actualidad y reemplazarla por otras metodologías que no sólo incorporen diseños muestrales, estadístico y representativo de la población, sino, que también contemplen la incorporación de otros instrumentos tecnológicos de interés para el campo de la epidemiología.

Estudio de Cobertura propuesto por OPS:

En primera instancia se puede contemplar la propuesta de OPS-OMS, que recomienda a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), desde el año 1978. La misma sugiere que los estudios de cobertura de vacunación se realicen a través de visitas domiciliarias (*método 30x7*).

Con esta modalidad de trabajo se podría estimar la cobertura de una manera más sencilla y rápida, ya que se plantea su uso a través de un práctico método consistente en tres etapas y que se resume a continuación:

La primer etapa denominada de "Identificación" comprende la descripción de todas las áreas geográficas existentes dentro de la ciudad y caracterizadas según condiciones comunes de criticidad, ingresos familiares, vivienda, saneamiento ambiental (agua-cloacas), distribución de servicios de salud, etc. En función de esta información se establecen diferentes áreas geográficas según características que le confieran cierta homogeneidad interna y heterogeneidad externa que les permitan ser identificadas y distinguidas entre sí. Así obtenemos el valor $M = n^{\circ}$ de áreas de la ciudad (29).

Para realizar la caracterización de estas áreas se pueden utilizar los registros estadísticos oficiales disponibles en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (IPEC) como de organismos municipales.

Otro aspecto a elaborar es la identificación de los grupos de edad de interés en cada una de estas áreas. Con ello se obtendrá un valor $N = n^{\circ}$ de individuos en edades bajo estudio por área.

La segunda etapa llamada de "Selección", es donde se procede a elegir áreas que serán incluidas en el estudio, para ello se sugiere seleccionar un número mínimo de 30 áreas sobre el total de las áreas identificadas (propuesta original de OPS). Suponiendo que el n° de áreas supere las treinta, se puede confeccionar un listado de todos los sitios identificados y enumerarlos, de 1 hasta

X. Luego, se puede sortear para elegir 30 sitios o áreas que formarán parte de la muestra.

Estas áreas son seleccionadas por un muestreo aleatorio simple, entendiéndose como tal a una técnica que concede a cada unidad la misma probabilidad de resultar elegida.

Luego se procede a seleccionar las viviendas que participarán del estudio, se utilizará un criterio de muestreo al azar y se escogerán aquellas que cuenten con niños en edades de interés para el estudio. Se obtendría así el valor $Ns1 = \text{Individuos por grupos de edad}$.

En una tercera etapa se procede a recolectar la información. Esto se puede realizar una vez que se ha identificado y seleccionado una vivienda por área. Se comienza a leer el carnet de vacunación de aquellos niños con edades de interés hasta completar un número mínimo de 7 niños por área (propuesta original OPS). En caso de no obtener este número de niños en la vivienda seleccionada, se continúa con los domicilios contiguos hasta alcanzar el número deseado. Si al ingresar a la última vivienda se excede el número de 7 niños, estos deberán ser incorporados al estudio.

La información que se registra es la aportada por la madre de los niños y en el caso que no se encuentre, se entrevista al miembro del grupo familiar presente al momento de la visita domiciliaria. Cuando el entrevistado no disponga de carnet, debido a extravío u otras razones, se registra lo informado verbalmente (30).

De esta forma se logra una muestra aproximada de 210 individuos (7 niños x por 30 áreas) que permite una lectura global y estratificada según condiciones socioeconómicas.

Cabe destacar que los números de individuos consignados para participar de la muestra son los propuestos originalmente por OPS, esto puede modificarse según las particulares características de la población a estudiar.

- Monitoreo Rápido de Vacunación

Otra metodología que puede usarse, en carácter complementario a lo anterior, es el "Monitoreo Rápido de vacunación". Esta metodología también es propuesta por OPS y plantea la *selección de dos manzanas dentro de un área X* a ser investigada y que a juicio de los responsables del monitoreo

así lo consideren (en el caso de la ciudad de Rosario serán los encargados de la vigilancia epidemiológica y los responsables de vacunación en APS, u otros trabajadores de la salud que puedan tener conocimiento sobre determinados lugares donde exista alta probabilidad de no haberse logrado una buena cobertura de vacunación). Estos lugares pueden ser aquéllos que cuenten con difícil acceso, sectores alejados de una calle principal, población migrante reciente, etc.

Luego de seleccionar las áreas y las manzanas sobre las cuales se trabajará, se procederá a revisar el carnet de vacunación de todos los niños con edades correspondientes a ser vacunados según los programas locales de vacunación.

Dentro del Programa de vacunación local es importante contar con este tipo de actividades que permite llevar adelante una estrategia de investigación-acción / rápida y que puede proveer de información actualizada a los fines de la gestión.

Otra modalidad de selección de áreas y manzanas a monitorear es tomando el domicilio de casos sospechosos (fiebre, erupción y catarro) o casos confirmados de sarampión para luego escoger las manzanas aledañas a la residencia del caso.

Esta forma de monitoreo propone visitar los domicilios en aquellas áreas críticas según los encargados de la vigilancia epidemiológica, revisando la vacunación en niños de 6 meses a 4 años de edad. El registro de información será provisto de inmediato a quienes tengan a cargo la tarea de vacunación y se procedería a iniciar actividades de vacunación según necesidades.

- Método No Invasivo

En los últimos años se ha avanzado mucho en la investigación de nuevos métodos de recolección de muestras biológicas, como ser: Fluidos Orales, Saliva Total, Secreción Parotídea y Trasudado Mucoso Oral (TMO). Este último ha demostrado buena sensibilidad y especificidad para la detección de anticuerpos IgM e IgG de HIV, Chagas, Sarampión, como de otras enfermedades.

El método recolector de Trasudado Mucoso Oral (TMO - Orasure) permite recolectar muestras con facilidad y sin riesgos biológicos tanto para el investigador como para el individuo sometido a

estudio ya que es incruento y facilita la obtención de la muestra biológica en cavidad bucal, cuando la extracción de sangre venosa en brazo, por venopunción, resulta difícil o imposible hacer.

Este instrumento consta de un mango de plástico en cuyo extremo se encuentra adosada una almohadilla de algodón que contiene una sustancia salina que favorece la secreción del fluido bucal. Forma parte del método, un vial de transporte formado por un tubo plástico con tapa en cuyo interior se encuentra una sustancia que inhibe la acción de las enzimas presentes en la saliva y conserva las proteínas IgM e IgG, útiles para el análisis de laboratorio.

Para recoger la muestra se procede a introducir la almohadilla en la cavidad bucal en el surco medio y profundo constituido por la cara interna de la mejilla y la encía, se deja actuar 2 minutos, se extrae y se coloca la muestra en el tubo, quedando lista para enviar. La muestra una vez obtenida puede conservarse a temperatura ambiente (sin exponer al sol), durante 21 días, tiempo suficiente como para ser enviado al laboratorio donde se procesará. Cabe destacar que los instrumentos y técnicas de laboratorio utilizado para la lectura de la muestra, son similares a los empleados actualmente en los estudios serológicos convencionales y que están disponibles en la red de laboratorios de la ciudad.

El TMO ha mostrado buena sensibilidad (84,6%) y especificidad (100%) para detectar anticuerpos IgG antisarampión con relación a las muestras tradicionales de sangre, según una experiencia realizada en Rosario, en la cual participó el SIME (31). En experiencias realizadas por otros investigadores se encontraron resultados similares y aún más alentadores con valores de sensibilidad y especificidad mayores (32). Cabe destacar que la sensibilidad de este método también depende del tipo de reactivos utilizados para realizar la lectura de laboratorio.

Esta podría ser una alternativa para el estudio de inmunidad en poblaciones a través de muestreos serológicos representativos y que podría incluso evaluar la inmunidad de quienes hayan perdido su carnet o de quienes no puedan dar cuenta de su situación de vacunación.

La información obtenida mediante este método podría ser utilizada en carácter suplementario a las dos estrategias propuestas anteriormente.

Esto permitiría correlacionar los datos aportados en las entrevistas domiciliarias con la inmunidad alcanzada efectivamente a nivel serológico; o bien podría servir para comparar la información respecto a la condición de vacunado/ no vacunado e inmunización.

Hay que tener en cuenta que este método obtiene parte del fluido bucal de una manera incruenta y por lo general es altamente aceptado por quienes son invitados a participar en un estudio epidemiológico.

De utilizarse este método, de manera suplementaria o integrada a otros, debería realizarse un ajuste de correlación entre estas diferentes metodologías ya que, por su disparidad, se obtendrían resultados con significado disímil. En la tradicional encuesta, con lectura de carnet en domicilio, tendríamos los datos de cobertura de vacunación, pero no de inmunización, y en las muestras de TMO obtendríamos datos sobre inmunización.

CONCLUSIONES

El sarampión continúa siendo un grave problema de salud pública en el ámbito mundial y uno de los grupos humanos más susceptibles de padecerlo son los adultos jóvenes, además de los niños no vacunados.

La fácil transmisibilidad del virus del sarampión a través de la vía respiratorio-aérea convierte a esta enfermedad en una de las de mayor contagio interhumano. Esta situación se agrava en la actualidad ya que la población humana tiende a concentrarse, cada vez más, en los espacios urbanos y con ello se ve acentuada la posibilidad del desarrollo de epidemias o brotes epidémicos extensos.

La vacuna antisarampionosa ha mostrado una adecuada eficacia para ser considerada una herramienta fundamental en la estrategia de eliminación y erradicación del sarampión.

Se podrá erradicar el sarampión en la medida que se progrese en estudios más confiables sobre cobertura de vacunación y se pueda ampliar la misma, vacunando a los grupos susceptibles de la población.

El aumento considerable de las migraciones y la masificación del transporte tiende a disminuir

la distancia existente entre regiones o poblaciones que con anterioridad se encontraban muy alejadas entre sí. Cada vez son más frecuentes las importaciones de enfermedades distantes, así encontramos casos de Fiebre del Nilo en Nueva York, casos de Fiebre Ebola en San Pablo o Paludismo en Buenos Aires. Esto plantea la urgente necesidad de desarrollar nuevas estrategias que atiendan a este dinámico proceso relacionado a las poblaciones humanas y su comportamiento actual.

Debemos aceptar que las enfermedades exóticas ya no se presentan como tales, en determinada región o área específica, ya que en pocas horas viajando en avión, se pueden importar casos de muchas enfermedades desde un continente a otro o desde una región a otra del país. En este sentido, debemos pensar que el sarampión también puede ser importado con facilidad desde un área en la cual aún no ha sido erradicada.

Este es uno de los desafíos actuales para quienes trabajan en el campo de la Salud Pública y por ello se debe aumentar el grado de flexibilidad y eficacia que poseen los Servicios de Salud, de manera que puedan actuar con rapidez frente a los diferentes cambios operados en el proceso de salud-enfermedad-atención.

De no actuar con celeridad y oportunidad, interrumpiendo la transmisión del sarampión, simultáneamente en las regiones comprometidas, corremos el riesgo de perder los logros alcanzados hasta el momento y con ello aumenta la posibilidad de importar el sarampión desde zonas que aún no han logrado interrumpir la circulación viral. Otro aspecto positivo que puede perderse es la inmunidad natural aún presente en la población adulta joven.

Todas las propuestas metodológicas mencionadas en el presente trabajo no pretenden ser recetas fáciles de aplicar en terreno. Sólo se propone aproximar algunos elementos útiles a una discusión mayor que permita superar los problemas planteados en el uso masivo de vacunas y en particular la antisarampionosa para así lograr la erradicación del sarampión en el continente. Para ello será necesario una acción conjunta de todos los países miembros de la OPS - OMS.

Las propuestas para estimar cobertura de vacunación, que fueron señaladas, nos permitirán identificar los conjuntos o subconjuntos humanos

susceptibles de padecer sarampión y que en la actualidad no son alcanzados por los programas regulares de vacunación.

Los recursos metodológicos propuestos, deben emplearse de manera conjunta e integrada, buscando la complementariedad de los mismos e intentando que los estudios de cobertura, con visitas domiciliarias, puedan incorporarse a las actividades regulares de vacunación. Tratando de que los "aplicadores" de vacunas, junto a quienes "programan" las acciones de vacunación, tiendan a integrarse a quienes desarrollan actividades de investigación. De esta forma se podrá estrechar el vínculo Investigación - Acción.

Uno de los puntos centrales y deficitarios en la estrategia de vacunación es lo relacionado a la falta de organización y coordinación tanto entre los trabajadores de la salud pública oficial, como de quienes trabajan en los servicios privados de salud y de los pertenecientes a organismos no gubernamentales. En este sentido sería necesario centralizar la conducción estratégica alrededor de las autoridades de la Salud Pública local.

Los estudios de Monitoreo Rápido de vacunación podrían incorporarse a las actividades regulares de Vigilancia Epidemiológica de casos EFE. Esto permitiría, por un lado, fortalecer las actividades de vigilancia ya que se debería visitar el vecindario del caso, buscando otros casos de EFE que no hayan sido notificados y, por otro lado, evaluar la cobertura de vacunación de los contactos del caso sospechoso de sarampión.

Respecto al TMO hay que resaltar el valioso aporte de este instrumento para realizar estudios de serología poblacional y evaluar la cobertura inmunológica en grandes grupos humanos, lo que nos permitiría mejorar la calidad de información disponible para la planificación en Salud Pública.

Hay que resaltar que el TMO posee la ventaja de ser una práctica incruenta, estable a temperatura ambiente y que presenta una adecuada sensibilidad y especificidad con lo cual se puede conseguir resultados oportunos y confiables.

De esta forma se podrá realizar una observación activa de la distribución y propagación de la infección viral y los factores relacionados con suficiente exactitud como para ser útiles en el control de la enfermedad. Los obstáculos para conocer la situación inmunológica de una población suelen ser múltiples y con este instrumento

pueden superarse.

La magnitud del problema al que nos enfrentamos, cuando hablamos de sarampión, no está definido y constituye una cuestión a ser investigada. Falta mucho por saber respecto al comportamiento de la enfermedad y la magnitud que podría adquirir en el futuro inmediato.

Hay quienes continúan practicando una epidemiología descriptiva de la enfermedad, estudiando la distribución geográfica del sarampión y consignando los datos a un mapa epidemiológico estático. Sin embargo, sabemos que la situación epidemiológica se configura de continuo y que la población tiende a trasladarse ya sea por razones laborales, turísticas o de otra índole.

Los cambios necesarios para alcanzar los logros deseados deberían ser encarados por quienes participan en la actualidad alrededor de la planificación y gestión de las estrategias de vacunación. Para ello, se deberá contemplar un amplio espacio de producción interdisciplinaria que permita enriquecer las posibilidades concretas de llevar a cabo las propuestas aquí mencionadas.

Agradecimientos:

- Sistema Municipal de Epidemiología (SIME), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

- Dr. Vance Dietz, Médico Epidemiólogo, Representante OPS-OMS en Argentina para La Erradicación del Sarampión.

- Tutora: Lic Est. Alicia Aronna.

Referencias bibliográficas.

1- SI.NA.VE. Boletín Epidemiológico Nacional, 1996/1997. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Argentina. 1998.

2- OPS-OMS. La Erradicación del Sarampión: Guía Práctica. Cuaderno técnico n° 41. Washington CD: OPS-OMS 1999.

3- Evaluación Multidisciplinaria Del Programa De Inmunización; Argentina, Ministerio De Salud De La Nación y Organización Panamericana De La Salud; Buenos Aires, abril 2.000

4- OPS-OMS; Resolución XVI de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Boletín

Epidemiológico OPS, set. 1998.

5- Grupo de Trabajo Sobre Laboratorios de Diagnóstico de Sarampión OPS-OMS; Programa Especial Para Vacunas e Inmunizaciones (SVI), Informe Final, Mayo 1995.

6- Idem 2

7- Ibidem

8- Idem 1

9- Idem 3

10- Idem 2

11- Ibidem

12- Idem 2

13- Ibidem

14- Ibidem

15- Gentile A.; Sarampión: ¿Qué actitud se debe tomar con esta vieja enfermedad?; Archivos Argentinos De Pediatría, sección pregunte a los expertos. Vol. 96, n°2, Abril 1998.

16- Idem 2

17- Idem 1

18- Idem 3

19- SI. NA. VE Ministerio de Salud de la Nación; Boletín Epidemiológico Nacional año 1998. Bs. As. Argentina 1999.

20- Lepow, Peter y Mc Cracken, Phillips; Red Book; Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Editorial Panamericana. 1993.

21- A. Benenson; Manual para el control de las enfermedades transmisibles; Publicación científica n° 564; OPS-OMS 1997.

22- Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción. Secretaría de Atención Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Inmunizaciones - Normas nacionales De Vacunación, Coberturas de vacunación y Notificación de Enfermedades Inmunoprevenibles - Argentina 1980-1999 (Resumen hasta el 29-3-00). Bs. As. Argentina 2000.

23- Ibidem

24- Departamento de Epidemiología, Secretaría de Salud Publica, Municipalidad de Rosario; Boletín epidemiológico Año 1998. Rosario 1999.

25- Barton R. Burkhalter, Roy I. Miller, Leiser Silva y Elizabeth Burleigh. Variabilidad de Tasas de Mortalidad, Vacunación y Rehidratación Oral: Bol. Oficina Sanit. Panamericana 118 (5), 1995. OPS-OMS.

26- Idem 3

27- Búsqueda Activa de Sarampión Rosario - Argentina año 2000. Informe preliminar.

28- Idem 2

29- R. H. Henderson; T. Sundaresan; Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method. Boletín OMS, 60 (2):253-260 (1982).

30- Ibidem

31- Salazar, R.; Liborio, M.; García, C.; Alvarez, R.; Nemeth, S.; Sistema Municipal de Epidemiología (SIME); Secretaría de Salud Publica; Municipalidad de Rosario; Laboratorio Central Hospital de Niños Víctor J. Vilela, Laboratorio IDEB de Rosario. El Trasudado Mucoso Oral Para La Detección de IgG Antisarampión; Trabajo libre N° 579 presentado en el 32° Congreso Argentino de Pediatría; Salta - Argentina set. 2000.

32- J. Nokes; F. Enqueselassie; y col. Muestras de Saliva: ¿Una posible alternativa al suero para evaluar los niveles de inmunidad de una población? Estudio sobre el Sarampión, Rubéola y Hepatitis B en la Etiopía Rural. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos N° 6, 2002.

Intoxicación con formulaciones líquidas comerciales de Paracetamol en niños*.

Intoxication with Paracetamol liquid commercial presentation in children.

Prada, Dora B. (1); Piola, Juan C. (2); Ezpeleta, Daniel (3); Evangelista, Marcela (4).

INTRODUCCIÓN

El paracetamol es un efectivo analgésico-antipirético, bien tolerado en adultos y en niños en dosis terapéuticas (1). Es una de las medicaciones más comúnmente empleadas y si bien es generalmente considerada una medicación segura las intoxicaciones con paracetamol pueden resultar en una significativa morbi-mortalidad que incluye necrosis hepática fulminante, con eventual transplante hepático y falla renal aguda (2).

En años recientes ha crecido en forma alarmante el número de intoxicaciones con este fármaco en algunos países y es la sustancia más comúnmente usada para suicidios en Estados Unidos de América y en el Reino Unido (3).

El paracetamol (N-acetil-p-aminofenol) es el metabolito activo de la fenacetina, un analgésico derivado de la anilina. Se considera relativamente seguro pero por sobredosis presenta toxicidad que se manifiesta primariamente a nivel hepático. Luego de la ingestión de grandes dosis de paracetamol hay gran producción de N-acetil-p-

benzoquinoimida que bastan para agotar las reservas de glutatión intracelular. En ocasiones por esta misma depleción se produce daño renal. La N-acetil cisteína y la metionina aumentan las reservas de glutatión en hígado y en riñón (4) (5).

El nomograma relacionando concentración plasmática de paracetamol con el tiempo transcurrido desde la ingestión se utiliza para generar la "línea probable de hepatotoxicidad" y predecir en que casos la sobredosis con paracetamol puede resultar en daño hepático y cuando debe ser tratada con NAC. Se sabe que si se comienza con NAC antes de las 10 horas, se puede prevenir el daño hepático en la mayoría de los casos (6).

El tratamiento con NAC está indicado cuando:

1) Los niveles plasmáticos de paracetamol entre las 4 y 12 horas posteriores a la ingestión se ubican por encima de la «línea de tratamiento» indicado en el nomograma.

2) La cantidad de acetaminofen ingerido como dosis simple supera los 100 mg/kg y las concentraciones plasmáticas no están disponibles.

3) Si la falla hepática aguda se desarrolló o

* Trabajo presentado en las Jornadas Científicas organizadas por el Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública (5 y 6 de setiembre de 2002) en el área Epidemiología/Análisis de la demanda a servicios.

1 Médica toxicóloga, Subjefa de Sertox.

2 Jefe de Sertox. Prof. Adjunto de Farmacología, Fac. Cs. Médicas UNR - Email: sertox@sertox.com.ar

3 Director de TIASA (Toxicología Integral Argentina). Docente Medicina Legal, Fac. Cs. Médicas UNR - Email: dezpeleta@tiasalab.com.ar

4 Médica Toxicóloga. Integrante de Sertox. Docente Farmacología, Fac. Cs. Médicas UNR.

comienza a hacerlo. La administración de NAC está justificada en presencia de hepatotoxicidad por acetaminofen, no importando el tiempo transcurrido o el intervalo desde la última dosis (7).

Existen referencias donde se estima como dosis menor capaz de producir daño hepático y por ende el uso de la NAC a 150 mg/kg en niños (8) (9) y otros autores amplían ese límite a 200 mg/kg (10).

Otros factores de riesgo que influyen en la probabilidad de hepatotoxicidad del paracetamol son la ingestión crónica de alcohol, algunos desórdenes alimentarios y el tratamiento con drogas que inducen el sistema enzimático Citocromo P450 2E. Cuando están presentes estos factores el riesgo de hepatotoxicidad se deberá basar en la línea de posibilidad y no tanto en la línea de probabilidad (11).

La toxicidad del paracetamol en neonatos no es clara, pero parece ser baja debido al lento metabolismo oxidativo y a la rápida síntesis de glutatión (12). En neonatos y en chicos menores de 6 años de edad la eliminación ocurre mucho más por un alto nivel de conjugación con sulfatos que por glucuronidación, que es un mecanismo de hepatoprotección. El sistema de Citocromo P 450 es menos activo en chicos hasta la edad de 6 años y éstos tendrían la habilidad de regenerar glutatión a una velocidad más alta que en adultos, siendo éste también un mecanismo hepato-protector (13).

Durante los últimos años ha habido un incremento en el número de reportes de falla hepática asociada con el uso prolongado de paracetamol con fines terapéuticos. Se ha sugerido analizar las enzimas hepáticas en chicos que reciben paracetamol con dosis mayores a 75 mg /kg/día por más de 24 hs por procesos febriles y tratar con NAC cuando los niveles son elevados (14).

EL PROBLEMA A NIVEL LOCAL

La ciudad de Rosario cuenta con un Servicio de Toxicología (SERTO) que provee información, asesoramiento y atención sobre la problemática de las intoxicaciones en forma permanente, durante las 24 horas todos los días del año. Aunque situado en un hospital pediátrico privado, brinda también atención toxicológica a la población

demandante de los hospitales municipales de la ciudad.

Entre enero de 1990 y diciembre de 2000, sobre 630 consultas atendidas en el Sertox, por intoxicaciones agudas con agentes anti-inflamatorios no esteroides (DAINE), 61 (9,7%) involucraron al paracetamol (Cuadro 1). A partir de 1998 registramos once intoxicaciones con paracetamol que fueron atendidas en el centro con la concurrencia de los pacientes. Esta modalidad asistencial de los últimos años, que diferencia los registros precedentes en que las consultas habían sido solamente telefónicas, nos lleva a especular sobre una mayor gravedad potencial de estos cuadros.

A fin de dar cuenta de estos primeros casos se analizaron edad y sexo de los afectados, hora de ocurrencia, latencia (tiempo transcurrido desde el momento de la intoxicación hasta el momento de la consulta), presentación del producto, cantidad, vía de intoxicación y síntomas predominantes en el cuadro clínico. Esta información se registra de rutina en las fichas individuales de consulta y forma parte de la base general de datos del servicio.

Cuadro 1
Tipo de DAINÉ en 630 consultas, telefónicas y personales, atendidas en el Sertox entre enero de 1990/diciembre 2000

Tipo de DAINÉ	Nº de Consultas	Porcentaje
Aspirina y otros salicilatos	326	51.7
Dipirone y otros pirazolónicos	85	13.5
Paracetamol	61	9.7
Ibuprofeno	55	8.7
Clonixilato y otros, más de uno, NI	103	16.4
Total	630	100.0

Los resultados obtenidos indicaron que con excepción de un caso entre 12 y 14 años, todos los pacientes tuvieron como máximo 7 años de edad, 6 de ellos fueron varones y 5 niñas.

Más de la mitad de las intoxicaciones ocurrieron entre las 18 y las 24 horas y 8 pacientes fueron llevados a la consulta antes de 4 horas de producida la ingestión.

Ocho formulaciones del paracetamol fueron líquidas y en todas las oportunidades la vía utilizada fue la oral. La cantidad ingerida fue abundante en 4 ocasiones, regular y escasa en 3 pacientes cada una¹. En un caso no pudo determinarse la cantidad.

No se registraron casos letales y la motivación de la ingesta fue confirmada como accidental en 10 pacientes; ninguno de ellos presentó síntomas. El caso restante cursó una sintomatología leve, náuseas, vómitos y dolor abdominal.

Sólo 3 pacientes requirieron por primera vez tratamiento con N-Acetilcisteína (NAC).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las primeras intoxicaciones con paracetamol que requieren empleo de NAC en el Sertox nos hacen reflexionar sobre cual podría ser la causa de la aparición de estos casos a partir de 1998. Consideramos que la causa, en parte, puede ser debida a que la cantidad de paracetamol de algunas formulaciones comerciales líquidas (frasco gotero de 20 ml, con 2 gr. de paracetamol) determina que, la ingestión accidental de un frasco gotero o parte del mismo en niños pequeños, represente dosis que superan los 100 mg/Kg de peso, lo que determina, eventualmente la necesidad del empleo de NAC. Otra causa probable es el uso masivo del paracetamol, incrementado, según nuestra opinión, a partir del temor al síndrome de Reyé asociado al uso de aspirina en pacientes pediátricos.

Las presentaciones líquidas de paracetamol en Argentina, contienen altas concentraciones de dicha sustancia, lo que implica un riesgo elevado de toxicidad en los accidentes pediátricos.

Las intoxicaciones accidentales en niños resultan de la asociación de 3 factores: la inexperiencia del niño, un agente peligroso y un medio poco seguro. La prevención de estos accidentes es la base para disminuir su incidencia. La prevención mediante los envases resistentes para chicos (Child-resistant containers CRCs) es

el punto principal para las investigaciones y las legislaciones de países de Europa. Estos envases deben emplearse para sustancias que involucren en sobredosis alto riesgo para la salud, como es el paracetamol (16).

El envasado de fármacos está sujeto a estudios en varios países de Europa. Se vio que la cantidad de comprimidos usados para tentativas de suicidios cuando están contenidos en los envases llamados "blisters" son menores que cuando están contenidos en botellas con tapa a rosca. En Australia el cambio de envase de carbamacepina de botellas a tabletas marcó una disminución en el reporte del número de tabletas ingeridas en pacientes que hacen una tentativa de suicidio con esa sustancia. La reducción del número de tabletas disponibles en preparaciones individuales puede reducir intoxicaciones graves. En Francia, pero no en el Reino Unido, se ha legalizado que la cantidad de cada envase de paracetamol no debe exceder los 8 gramos. Esta es una razón por la cual el daño hepático severo y muertes por intoxicaciones por paracetamol son menos comunes en Francia que en el Reino Unido (17).

En múltiples estudios se observó una importante reducción del número de intoxicaciones accidentales por paracetamol cuando los sistemas de vigilancia ponían en práctica envases de seguridad para chicos (18) (19).

En nuestro medio las dosis existentes en los frascos goteros de paracetamol son superiores a las dosis terapéuticas diarias para la población pediátrica, a lo que se agrega la falta de envases de seguridad, lo que nos diferencia de otros lugares del mundo.

Considerando que una de las funciones del SERTOX, mas allá del cumplimiento de sus objetivos asistenciales específicos, es la de proveer información sobre las modalidades regionales de las intoxicaciones para adecuar los servicios a la demanda y para establecer planes o programas de prevención de las intoxicaciones (20), esta experiencia preliminar en el tema pone en evidencia la necesidad de advertir sobre la conveniencia del uso de envases de seguridad

⁽¹⁾ Para la medición del paracetamol en sangre se emplea el método de Edinboro (Abbott®) y la cantidad de sustancia tóxica se valora de acuerdo al esquema de Done modificado (15): escasa (hasta 5 comprimidos o gránulos o un trago), regular (6 a 10 comprimidos o gránulos o 2 ó 3 tragos) y abundante (más de 10 comprimidos o gránulos o 4 ó más tragos).

como también reducir las dosis que contienen las diferentes presentaciones de paracetamol en nuestro mercado. En este sentido, hemos enviado a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) nuestras recomendaciones al respecto.

Consideramos útil, por otra parte, sugerir a las autoridades sanitarias locales el establecimiento de campañas de difusión a la población sobre el riesgo potencial de los medicamentos en gotas en general (fundamentalmente antieméticos, gotas nasales y analgésicos como el paracetamol), como responsables frecuentes de errores de medicación y/o intoxicaciones accidentales. Del mismo modo, resultaría adecuado lograr interesar en esta problemática a los pediatras de la región para que cuando indiquen el paracetamol en gotas adviertan del riesgo importante que puede generar la ingestión de sobredosis del mismo.

Referencias bibliográficas

- 1) Paracetamol (acetaminophen) poisoning. *BMJ* 1998;317:1609-1610 (12 December)
- 2) Mohler C. R., Nordt S. P., Williams S. R., Manoguerra A. S., Clark R. F. Prospective evaluation of mild to moderate pediatric acetaminophen exposures. *Ann Emerg Med.* 2000 Mar;35(3):239-44.
- 3) Kozer E., Koren G. Management of paracetamol overdose: current controversies. *Drug Saf* 2001; 24(7):503-12
- 4) Analgésicos - antipiréticos y antiinflamatorios, y fármacos antigotosos. Goodman & Gilman. Las Bases Farmacológicas de la terapéutica. 9ª Edición. 1996:661-705
- 5) Janes J. M., Routledge P. A. Recent developments in the management of paracetamol (acetaminophen) poisoning. *Drug Safety* 1992; 7:170-177
- 6) Smilkstein M. J., Knapp G. L., Kulig K. W., Rumack BH. Efficacy of oral N-acetylcysteine in treatment of acetaminophen overdose: Analysis of the National Multicenter study (1976-1985). *N Engl J Med* 1988; 319:1557-1562
- 7) Vale J. A., Proudfoot A. T. Paracetamol (acetaminophen) poisoning. *Lancet* 1995; 346:547-552
- 8) Anker A. L., Smilkstein M. J.: Acetami-

nophen: Concepts and controversies, *Emerg Med Clin North Am* 1994; 12:225-349

9) Linden C. H., Rumack B. H.: Acetaminophen overdose. *Emerg Med Clin North Am* 1984; 2:103-119

10) Idem 2

11) Idem 3

12) Isbister G. K., Bucens I. K., Whyte I. M. Paracetamol overdose in a preterm neonate. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2001 Jul; 85 (1): F70-2

13) Miller R. P., Roberts R. J., Fischer L. J.: Acetaminophen elimination kinetics in neonates, children, and adults. *Clin Pharmacol Ther* 1976; 19:284-294

14) Idem 3

15) Done A. K.: Envenenamientos por productos hogareños corrientes. *Cínicas Pediátricas de Norteamérica.* Agosto 1970;569

16) Idem 13

17) Woolfson H. H. The prevention of poisoning in childhood. *J. Clin Hosp Pharm* 1981 Jun; 6 (2):93-9

18) Chang T. Y. Improvements in the packaging of drugs and chemicals may reduce the likelihood of severe intentional poisonings in adults. *Hum Exp Toxicol* 2000 Jul;19 (7):387-91

19) Rodgers G. B. The safety effects of child-resistant packaging for oral prescription drugs. Two decades of experience. *JAMA* 1996 Jun 5;275 (21):1661-5

20) Temple A. R., Done A. K. 1972. Organization of emergency treatment facilities for the management of acute poisoning. *Emergency Room Care*, ed. W. W. Oaks, S. Spitzer, 105-17. New York. Grune & Stratton. 300 pp

Violencia y victimización social.

Nuevas y Viejas formas de cronicidad en Salud Mental.

Violence and social victimization. New and old profiles of chronicity in Mental Health field.

Torres, Laura M. (1)

CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial son considerables los antecedentes en torno a la valoración de las condiciones de segregación social en las instituciones de salud mental. Que éstas han entrañado características de encierro, es una posición sobre la que se han referido numerosos autores (Foucault: 1990, Goffman:1994), y que a su vez ha sido descripta para el caso de América Latina en la "Declaración de Caracas" en el año 1990.

A lo anterior se suma que este principio de siglo encuentra a la Argentina inmersa en un recrudecimiento de las tensiones sociales, con nuevas y renovadas formas de exclusión e índices de pobreza que superan los ya graves niveles de las décadas del 80 y 90.

El entrecruzamiento de estos dos ejes nos conduce una vez más a indagar sobre las características sociales que presentan los pacientes psiquiátricos donde suponemos encontraremos viejas formas de segregación articuladas con otras nuevas, cuya dinámica pone al descubierto la acuciante necesidad de pensarlas con vistas a asumir nuevas estrategias de acción.

En este sentido nos propusimos considerar las

trayectorias socio-económicas de los pacientes alojados en una institución psiquiátrica con el objeto de analizar sobre qué características se dinamizan los procesos de marginalidad, y a partir de cuáles la institución asume funciones de guarda y custodia. Este objetivo intentó alcanzarse a través de un estudio de caso, seleccionando el Hospital Neuropsiquiátrico El Sauce, ubicado en la provincia de Mendoza, Argentina.

Observamos que una de las características centrales de los hospitales psiquiátricos de la provincia es la de presentar un importante número de pacientes en condiciones de cronicidad, es decir *"que hacen un uso asilar o de residencia permanente de la institución"*¹. Partimos de la base que la internación psiquiátrica supone algún grado de segregación social, siendo el grupo de pacientes crónicos aquel que con mayor sensibilidad evidencia los resultados de un largo proceso de desafiliación progresiva (Castel:1991)

Como hipótesis general consideramos que antes del poblamiento institucional -o de que el paciente sea internado en forma crónica- deben haber operado condiciones de victimización previas que facilitan, promueven o justifican esa internación permanente. Entendemos a

¹ Utilizamos esta definición de cronicidad dado que es aquella que utiliza la misma institución. Ha sido desarrollada por un grupo de profesionales que comparten la tarea de trabajar en servicios de internación de pacientes crónicos.

la victimización social como *"... el proceso de pérdidas sucesivas, registradas especialmente a nivel económico, social, cultural o político que evidencia un sujeto a lo largo de su historia, y que lo vuelve más o menos vulnerable a sufrir un daño"* (1). Asimismo y en contraposición con quienes ven en el grupo de pacientes crónicos un sector homogéneo, entendíamos que al interior del grupo podían existir claras evidencias de heterogeneidad. Esto, por la coexistencia de sujetos cuyas internaciones se produjeron en las décadas del 50, 60, 70 y 80, que podían considerarse representativos de situaciones nacionales donde el Estado aún no presentaba los niveles de retracción que lo caracterizarían en la década del 90 (Bustelo:1992), junto con otros cuyas recientes internaciones -registradas a lo largo de la década del 90- ya se plantean como crónicas y permanentes; pero en los que además se suma la condición de "peligrosidad". Elucidar las claves de este proceso nos permitiría explicar los factores que se tornan desencadenantes de la actual situación de estos grupos, al tiempo que nos otorgaría claves para pensar esta nueva realidad institucional que ha entrado en escena.

Otros supuestos de partida eran que la debilitación y pérdida de soportes externos que hubieran hecho posible el retorno de los pacientes al hogar o al espacio extra-institucional se ve imposibilitada por las características socio-económicas que evidencia el grupo y que pueden ser resumidas bajo el concepto de marginación social (Castel:1991), condición a la que se sumará, en las nuevas formas de cronicidad, la característica de peligrosidad social, como elemento distintivo.

En el presente estudio, centramos nuestros esfuerzos en describir al conjunto de pacientes crónicos de la institución según variables de base. La elección del grupo de estudio se fundamenta en que se trataría de aquel conjunto de pacientes que nos permiten apreciar la culminación de un proceso de pérdida paulatina de soportes externos, donde las características socio económicas del grupo podrían estar jugando un rol decisivo que explique su prolongada permanencia en la institución.

Consideramos que un paciente adquiere características de cronicidad cuando la institución pasa a cumplir un rol asilar para éste, dada la falta de soportes externos que permitan su restitución

al espacio social del cual era originario.

Se hipotetizó que en tanto la internación psiquiátrica crónica separa definitivamente al paciente del espacio social público; se deberían poder detectar en las trayectorias sociales de estos pacientes, situaciones que pongan al descubierto previos procesos de exclusión social que tengan la fuerza de erosión de vínculos y soportes suficientes como para conducirlos al espacio privado de la institución y ya no restituirlos al espacio público extramuros. Vale decir que antes de la internación definitiva de los pacientes, deben haber operado otros procesos de marginación social, que resultarían visibles a partir del análisis de índices de pobreza y exclusión del juego de intercambios sociales presentes en las personas que se internan en el Hospital El Sauce.

Se intentaron acercar datos que permitan definir que dentro del conjunto de pacientes crónicos del hospital, el número mayoritario sería el formado por población pobre y excluida, aún antes de producida la primera internación psiquiátrica. O dicho de otra forma, existirían condiciones sociales -además de médicas- que posibilitan la internación.

METODOLOGÍA

El Hospital Neuropsiquiátrico seleccionado para el estudio es uno de los dos hospitales monovalentes psiquiátricos de tipo público con que cuenta la provincia, pero es el mayor según número de camas y número de internaciones crónicas.

Se sitúa en Provincia de Mendoza, República Argentina, y está enclavado en un gran cinturón urbano conocido como Area Metropolitana de Mendoza, pero distante 13 kilómetros del centro provincial, en una zona semi-rural que posee vías de acceso de agilidad media. La superficie del predio en que se emplaza es de 92 hectáreas, de las cuales sólo se ocupan alrededor de 5, permaneciendo el resto como terreno casi baldío.

Fue habilitado en 1951, con el objetivo de brindar tratamiento a enfermos mentales graves de sexo masculino. En la actualidad el hospital recibe para internación a pacientes de ambos sexos de todo el territorio provincial. Al momento del estudio contaba con una dotación

de 200 camas para internación, a las que se suman diversos programas de atención como Consultorios Externos, Programa Infante Juvenil, Programa Hogares de Externación, Programa de Seguimiento Domiciliario, entre otros.

La organización de camas, por servicio de internación, se realiza de acuerdo con ciertos criterios como son sexo, cuadros psicopatológicos, existencia/ausencia de causa judicial y nivel de cobertura de obra social.

En términos generales la población que recibe atención se caracteriza por presentar importantes niveles de pobreza y ausencia de cobertura de seguridad social.

La estrategia metodológica seleccionada fue de tipo cuantitativa, a la que se sumaron algunos aportes cualitativos.

Sobre el total de pacientes crónicos de la institución -que durante el año 2000 alcanzaba los 110 casos- se seleccionó una muestra al azar simple (Sierra Bravo:1994), que quedó integrada por 42 casos². A partir de un instrumento de recolección, ordenado en base a variables y diferentes dimensiones de análisis, el relevamiento de datos se efectuó tomando como fuentes a las historias clínicas, dado el profundo estado de deterioro que caracterizaba a un alto porcentaje de los pacientes, lo que no permitía efectuar una captación directa que resultara confiable. Las variables analizadas fueron: situación del empleo antes de la internación, nivel educativo alcanzado en el sistema formal, tipo de domicilio antes de la internación, tipo de ingreso a la institución que propició la internación, diagnóstico psiquiátrico del paciente, inexistencia/existencia de familia y tipo de familia: continente o no continente, días de estada desde la última internación, número de internaciones previas. Este conjunto de variables desagregadas fueron resumidas en dos ejes básicos: nivel de exclusión social previo a la internación y modo de ingreso al sistema de salud.

El análisis cuantitativo fue enriquecido al momento de interpretar los hallazgos, con aportes cualitativos, provenientes fundamentalmente de entrevistas en profundidad a informantes clave y observación participante (Guber:1991). Estos aportes nos han permitido introducir la visión

de los profesionales que se desempeñan en la institución, en la explicación de las causas que aparecen implicadas en el proceso de poblamiento institucional.

RESULTADOS

Condiciones de violencia y victimización previas a la internación.

En cuanto al **tipo de empleo que tenía el paciente antes de la internación**, se diferenció entre empleo formal, empleo informal, desempleo, jubilado. La primera y la última categoría, referían a cierta responsabilidad estatal y un nivel mínimo de cobertura de Seguridad Social, por tratarse de pacientes que perciben algún tipo de remuneración mensual, ya sea activa o pasiva, que poseen obra social que absorbe los gastos de internación y medicación, y que poseen algún tipo de seguro ante situaciones de incapacidad. Las dos restantes categorías -empleo informal y desempleo- presuponían la ausencia de todas estas características y, consecuentemente, un mayor nivel de desamparo, mayor dependencia del paciente hacia otros miembros del grupo familiar y un mayor nivel de compromiso de los ingresos de la familia en la absorción de los gastos de salud del paciente.

De acuerdo con los datos relevados, observamos que casi la mitad de los casos (49%) no poseía ocupación alguna antes de producida la internación. Para 9 pacientes (21%) apareció la mención de alguna actividad económica por cuenta propia, subcategorizada como "changa" (actividades de baja remuneración; sin capacitación de mano de obra, sin empleados a cargo, sin cobertura de seguridad social y, en general, destinada a la sobrevivencia), detectándose un alto número de historias clínicas -13- en las que no figuraba el dato.

Sintetizando, de las cuatro expresiones previstas de las formas de empleo -formal, informal, desempleo y jubilación-, el análisis de historias clínicas demostró la presencia de sólo dos, fundamentalmente el desempleo seguido por el empleo informal, subcategorizado como changarín.

² El proceso de delimitación de la muestra se realizó con recurso en el Soft Stats, con un error máximo aceptable del 10% y un nivel de confianza deseado de 90%.

Respecto de la escolaridad, observamos que 9 pacientes (21%) eran referidos como analfabetos, no quedando claro en las fuentes si se trataba de casos de analfabetos funcionales o estructurales. Sin embargo, la falta de mención a algún grado de escolaridad nos llevó a suponer que se trataba de casos de analfabetismo estructural, es decir sin ningún contacto con el sistema educativo formal. El antecedente de "primario incompleto" fue consignado para 18 casos (42%), no precisándose el nivel educativo formal alcanzado por el paciente, tornándolo imposible delimitar la proporción de casos con analfabetismo funcional. Destacándose la gran cantidad de historias clínicas que carecían de este dato, cercana al 27%, sólo 2 pacientes habían terminado el nivel primario, y 1 iniciado el segundo nivel educativo secundario.

En lo que refiere a la ubicación del domicilio del paciente antes de su internación, se consideraron tres zonas: urbana, rural y urbano-marginal. Casi un tercio habitaba en zonas urbano-marginales, y una cifra un tanto superior (39%) lo hacía en zonas urbanas.

La escasa mención del dato del ingreso económico en las historias clínicas y la falta de confiabilidad del dato en aquellos casos en que sí era consignado, junto con las grandes fluctuaciones monetarias, impidieron considerar esta información.

En relación con el tipo de ingreso a la institución, a priori se reconocían las siguientes formas:

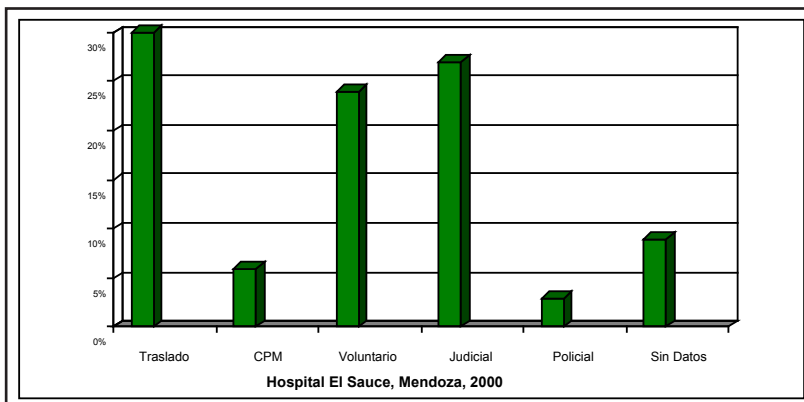
voluntario, policial, judicial, con intervención de cuerpo médico forense, o por traslado de otra institución.

El 30% de los ingresos había sido efectuado en calidad de "traslado", seguido por los casos de ingresos judiciales (27%) (Ver Gráfico 1). La mención de "ingreso judicial" alude a una internación ordenada por el Poder Judicial por existir una causa judicial, siendo el Hospital El Sauce el único habilitado en el terreno provincial para contener a este tipo de pacientes. Los ingresos voluntarios, propiciados mayormente por los grupos familiares de los pacientes, fueron observados en 24% de la muestra, y el restante 16% se distribuyó entre ingresos policiales o del cuerpo médico forense con 7%, o bien sin datos (9%).

El diagnóstico de los pacientes considerado con el objeto de analizar la posible incidencia de las diversas patologías en la producción de la cronicidad, arrojó los siguientes resultados: una presencia mayoritaria de casos de esquizofrenia (42%), seguida por el diagnóstico de oligofrenia (33%) y de alcoholismo (18%). El 7% restante correspondió a diagnósticos de trastornos de personalidad, epilepsia, deterioro psico-orgánico y oligo-epilepsia. Un hecho a destacar lo constituye un paciente de la muestra que no contaba con diagnóstico, a pesar de registrar diez años de internación. (Ver Gráfico 2)

Otro dato analizado fue el tipo de familia

Gráfico 1: Tipo de ingreso a la institución



del paciente. En primera instancia la existencia de grupo familiar o grupos de pertenencia extra familiares, expresada en familia conviviente /

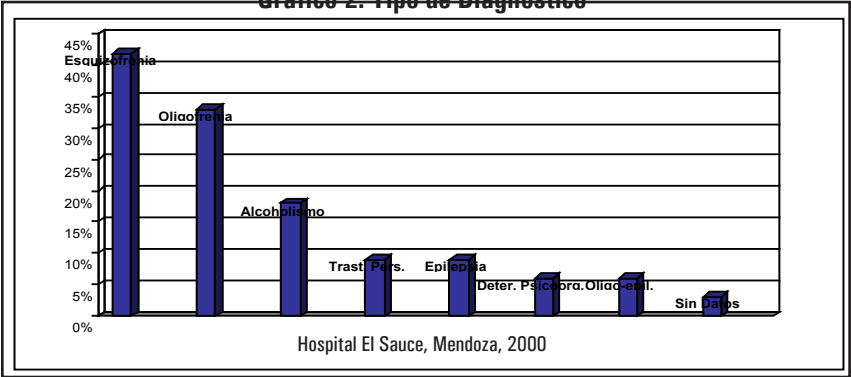
no conviviente, y dentro del primer grupo, el tipo de familia definida por las categorías con continencia / incontinencia. Estos aspectos son

dados por la institución, tanto así que dentro de la primer entrevista que realizan los profesionales de Servicio Social, figura un apartado donde debe consignarse este dato. El mismo es extraído de la impresión que tiene el profesional que interviene

sobre la estructura familiar y vincular del grupo.

El 54% de los casos poseía familia conviviente, es decir grupo familiar obligado legalmente a prestar asistencia al paciente; en tanto que el otro 46% no tenía grupo familiar de pertenencia. Entre

Gráfico 2: Tipo de Diagnóstico



los pacientes que poseían familia conviviente (54%) se observó que en ningún caso el grupo podía definirse como "continente". Vale decir que el 100% de los casos analizados había sido calificado como "no continente" por los profesionales intervinientes.

El tiempo de estada de los pacientes en la institución medido en "días totales de estada" por paciente, mostró gran dispersión, fluctuando desde 112 días hasta un máximo de 16.555 días, con una mediana de 1.975 días³. Según el Gráfico 3, puede observarse que el 75% de los casos presentaron como máximo 2.973 días de internación,

o sea, algo más de 8 años de internación.

El antecedente de internaciones previas también planteó una importante dispersión, variando de una internación previa hasta catorce, entre los 19 casos en que fue posible rescatar el dato, dado que en su mayoría, las historias clínicas eran ilegibles y con un alto grado de desorganización interna que tornó imposible el cálculo. Sin embargo, en líneas generales, se observó que en ningún caso se presentó un paciente crónico que no haya tenido, con anterioridad, otra internación.

Gráfico 3: Dispersión en categoría "Días de Internación - último ingreso"

Hospital El Sauce, Mendoza 2000



³ El cálculo ha podido realizarse sobre 32 casos dado el estado de las historias clínicas. La falta de orden general que las caracteriza han tornado confuso el cálculo en los restantes 10 casos.

INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

Del análisis de datos se deduce que el conjunto de pacientes presentaba antes de producida la primera internación un conjunto de características socio-económicas que permiten situarlos al margen de los intercambios sociales y económicos. En líneas generales observamos:

- La presencia de indicadores de empleo caracterizados por la precariedad, con un desempeño mayoritario en el sector informal y ausencia de protección estatal en materia de Seguridad Social.

- Una previa y primaria exclusión del ámbito educativo; espacio que no pudo contener a la población objeto de estudio.

- Los espacios sociales habitados por los pacientes antes de su internación, eran en su mayoría urbano-marginales; es decir surgidos al margen de las previsiones estatales de cobertura de necesidades básicas. Si bien una importante cantidad de pacientes habitaba en zonas urbanas, para los cuales las condiciones de acceso al sistema educativo y de salud, podrían estar aseguradas por la accesibilidad geográfica; los resultados obtenidos nos permiten inferir que las causas del inaccessio serían fundamentalmente de tipo económico. En particular, el alto porcentaje de pacientes que habita en zonas urbano marginales estaría dando cuenta de un proceso de exclusión social profundo que ha dejado a la población al margen de las previsiones estatales de vivienda.

Todo lo anterior nos lleva a considerar al grupo como excluido del juego de intercambios sociales aún antes de que se registrara la primera internación psiquiátrica en el hospital. Ésto es, que han estado al margen de aquel conjunto de bienes y servicios considerados factores protectores en el sentido de derecho ciudadano, que implicaría la posibilidad de inclusión y participación social.

Un comentario particular merece cómo se producen los ingresos a la institución, ya que mayoritariamente son los efectuados por traslado. Este dato estaría ligado con la historia del Hospital El Sauce. Según un estudio previo (Torres:1999) en la década del ochenta, cien pacientes crónicos fueron trasladados de otra institución psiquiátrica de la provincia -Hospital Neuropsiquiátrico Dr.

Carlos Pereyra-. Paradójicamente esta institución se ubica en una zona urbana de prestigio social medio, en el corazón de la ciudad capital; mientras el Hospital se ubica en una zona semi-rural, alejada del centro de la ciudad de Mendoza. En la misma década se resuelve que el Hospital El Sauce sea la institución de destino de los pacientes judiciales; es decir de aquellas personas que siendo partícipes de algún hecho delictivo no sean punibles por presentar alguna enfermedad mental (Torres:1999). Elementos que terminan por posicionar al Hospital El Sauce como receptor de los casos de cronicidad profunda y judicialización, éstos últimos íntimamente vinculados con factores de peligrosidad.

En cuanto a los diagnósticos, observamos una importante presencia de casos de esquizofrenias y oligofrenias. A pesar de tratarse de cuadros psico-patológicos diferentes, ambos tienen en común la generación de inhabilitación para participar en la vida social, que será progresiva en los casos de esquizofrenia avanzada y relacionada con una insuficiencia primaria en los casos de oligofrenia (Vallejo:1994)

Todo lo anterior explica que del total de pacientes ninguno haya presentado una familia que pueda considerarse continente. Los profundos niveles de pobreza, sumados a miembros del grupo que no pueden contribuir en el sostenimiento del hogar, convirtiéndose contrariamente en una carga, determinaría entre otras cosas que las familias tiendan progresivamente a expulsar a sus miembros enfermos.

Al debilitamiento de los vínculos intrafamiliares seguiría la institucionalización del paciente, con la progresiva disminución y deterioro en los intercambios sociales extra e intrafamiliares.

La consideración de todos estos elementos nos lleva a valorar en su real magnitud la imposibilidad de reinserción social que presentan estos pacientes, dado el progresivo deterioro de las redes de contención social.

A lo anterior se suma que las largas internaciones que observamos, con una mediana de algo más de 5 años de estada, generarían un progresivo desaprendizaje de un conjunto de habilidades sociales que permitirían el acceso a mínimos intercambios sociales. Al respecto plantea Erving Goffman, refiriéndose a los internados en instituciones totales, de las cuales los Hospitales Psi-

quiátricos serían un subtipo (Goffman:1994), que *"... cualquiera sea la estabilidad de la organización personal del recién internado, ella formaba parte de un marco de referencia más amplio, ubicado en su entorno civil: un ciclo de experiencia que configuraba una concepción tolerable del yo, y le permitía un conjunto de mecanismos defensivos, ejercidos a discreción, para enfrentar conflictos, descritos y fracasos... Las instituciones totales no reemplazan la peculiar cultura propia del que ingresa, por algo ya formado... Si algún cambio cultural ocurre efectivamente, derivará tal vez de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la impotencia de mantenerse al día con los cambios sociales recientes del exterior. De ahí que si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado desculturización, o sea un desentrenamiento que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que se vuelve a él y en el momento que lo haga"* (2)

Una entrevista, mantenida con un profesional de la institución, confirma la consideración del autor.

"Nosotros sostenemos que el padecimiento psíquico genera en los pacientes un deterioro muy importante; parte de ese deterioro es atribuible a factores de tipo orgánico, pero hay otra parte que no es orgánica y que se relaciona con la imposibilidad de llevar a cabo una vida normal dentro del hospital. Aquí los pacientes tienen resuelto todo, no se enfrentan con el hecho de tomar decisiones muy concretas, como es qué comer, cuándo comer, cuándo levantarse; son cosas mínimas pero que si no se practican durante años generan un importante deterioro en esas funciones. Creemos que esas funciones se pueden ir restableciendo de a poco, pero debe ser fuera del hospital, en un espacio más cotidiano, más doméstico si se quiere..." (Entrevistas, Torres/2000, médico psiquiatra del Hospital El Sauce)

A familias cada vez más pobres y pacientes con niveles de deterioro cada vez más profundos se suman dos elementos que terminarán por complejizar la situación. De un lado un Estado cada vez más retraído del ámbito de las políticas sociales y, por otro lado, un entramado de significaciones sociales desde las cuales la enfermedad mental es señalada como peligrosa, perturbadora del orden, contagiosa, de mal aspecto y temida

desde lo mítico. Todo ello termina de condenar a los pacientes crónicos al micro espacio privado del hospital, alejándolos cada vez más del ámbito público de la vida social.

CONCLUSIONES

El análisis de resultados nos lleva a considerar a la cronicidad psiquiátrica como una situación que lejos de disminuir, se ve reforzada, resultando esperable su agravamiento. Vale decir, que de acuerdo a las condiciones descritas, un Estado que se retrae y una sociedad que excluye, y a las características observadas en los pacientes -pobreza, deterioro y falta de soportes externos- la cronicidad difícilmente pueda disminuirse.

En este sentido, mas allá de los argumentos existentes en torno a la baja eficacia de los hospitales psiquiátricos como única modalidad de atención, la realidad social del país determina que sea la única opción real para el grupo social de pacientes analizado.

Del análisis de los pacientes que hoy se hallan en la institución se derivan tres categorías analíticas, cuyo tratamiento permite lograr una clara imagen del tipo de población alojada en el Hospital El Sauce, al tiempo que identificar aquel conjunto de fenómenos que adquieren valor explicativo en torno al re-poblamiento institucional y a la paulatina cronificación que opera en el conjunto de pacientes. Ellas son la peligrosidad, el deterioro y el hospitalismo.

- El deterioro.

De acuerdo con nuestras observaciones los pacientes siguen una larga cadena de consultas antes de ingresar al hospital, en un intento por resolver su problemática prescindiendo de los servicios del "psiquiátrico".

"Es que El Sauce es el loquero para la gente, llegan acá cuando han probado todo o cuando son muy pobres". (entrevistas, Torres/2000, trabajador social que se desempeña en el Hospital El Sauce)

A las condiciones de pobreza que caracterizan a la población internada se suma el hecho de que la patología psiquiátrica es generadora de formas de defecto y deterioro (Vallejo:1994) que van agravando la ya crítica situación de pobreza, en

tanto expulsa fuera del circuito productivo a los pacientes.

Quienes no encuentran formas de atención en otras instituciones son derivados al hospital, de modo que a éste acceden diariamente, junto a personas que presentan alguna forma de padecimiento mental, otras exentas de formas específicas de padecimiento mental, pero que sin embargo deben ser acogidas por presentar situaciones extremas de vulnerabilidad.

"... toda la gente que no tiene cabida en otras instituciones viene al Sauce, que es el que se sigue haciendo cargo de la exclusión más extrema" (entrevistas Torres/2000, profesional de trabajo social de la institución)

Cuando un paciente en situación social de riesgo ingresa al hospital se visualizan dos alternativas, o bien el paciente es dado de alta al momento de ser compensado psiquiátricamente, a pesar de su situación de pobreza, o bien se lo retiene justamente por contemplar esa situación. En el primer caso resulta, en general, imposible revertir la situación dado que el respaldo de otras instituciones del medio es escaso, situación que a su vez se explica por la retracción del Estado del ámbito de las políticas sociales. En el segundo caso, donde el paciente no es dado de alta, pasa a formar parte de los servicios de pacientes crónicos.

Esta dinámica, sostenida a lo largo del tiempo, ha generado un importante porcentaje de pacientes crónicos, que ocupan en la actualidad 110 camas de las 200 disponibles.

Por otro lado, resulta innegable que la patología psiquiátrica genera deterioro, de modo que es esperable que la persona vaya necesitando cada vez más soportes externos. Si el ámbito familiar no está en condiciones de brindar tales soportes, deberá entonces existir algún espacio capaz de otorgarlos. Y es en este contexto donde la institución psiquiátrica adquiere un rol activo, principalmente en el caso de los pacientes crónicos, donde prevalecen patologías mentales que generan deterioro temprano, como es el caso de la esquizofrenia.

Por otro lado, dentro del discurso médico el valor del "giro cama" aparece significado como equivalente de eficacia, elemento que generaría cierto apresuramiento por resolver *"dar el alta al paciente"*, reproduciéndose una nueva forma de

cronicidad, denominada por los profesionales de la institución *"cronicidad en domicilio"* o *"cronicidad encubierta"*. A su vez este elemento se liga con el de los *"pacientes de puertas giratorias"*, generado por la mera compensación psiquiátrica sin la necesaria reversión de los aspectos sociales. Se trataría de pacientes que registran numerosas internaciones motivadas por sucesivas descompensaciones, donde éstas son favorecidas por las condiciones sociales en las que se desenvuelven y que luego finalmente terminan engrosando los servicios de crónicos.

- La Peligrosidad.

Otro elemento valorado ha sido la gran cantidad de *"internaciones judiciales"* que se registran en el hospital.

Desde septiembre de 1981 el Hospital El Sauce aloja a pacientes judiciales. En la actualidad se encuentran distribuidos en dos servicios, uno de hombres y otro de mujeres.

En el caso de los hombres judiciales, si hacia 1998 un cuarto de la población hospitalaria era judicial, para el año 2000 esta cifra ascendía casi a la mitad de la población total.

En los casos de pacientes crónicos y judiciales el alta no depende exclusivamente del criterio médico. En el primero queda relativizado por un complejo conjunto de variables médicas y sociales ligadas con el deterioro generado por la enfermedad y con las situaciones de pobreza que afectan a los pacientes. En el caso de los pacientes judiciales el alta depende del criterio judicial.

Entre los factores valorados por el juez interviniente, uno de ellos es el de la peligrosidad. La mención de peligrosidad implica que el paciente podrá ser dado de alta cuando cesen las condiciones peligrosas del sujeto, para sí y para terceros. Esta condición debe ser certificada por el médico tratante.

Sin embargo, el mérito de peligrosidad pretende una predicción de futuro, en tanto en un momento una persona puede no presentar condiciones peligrosas y al siguiente presentarlas. El profesional podría entonces quedar seriamente comprometido si luego de certificar la *"cesación del estado de peligrosidad"* un sujeto protagoniza, por ejemplo, un acto de violencia. No sólo la patología psiquiátrica puede volver peligroso a un sujeto, cuentan en igual sentido las condiciones externas, imposibles de predecir para cualquier

profesional.

Estas características de funcionamiento hacen que los pacientes permanezcan internados por largos períodos, quienes aún sin encontrarse descompensados psiquiátricamente, son cronificados por razones judiciales.

Los supuestos de partida de una clara diferencia entre los pacientes internados a lo largo de las décadas del 50, 60, 70 y 80 y los ingresos predominantes en la década del 90, en el sentido que en el primer grupo la característica sobresaliente es el deterioro junto con prolongadas internaciones, y que los nuevos crónicos presentan la particularidad de poner en evidencia mayor número de menciones a condiciones de peligrosidad social, son coherentes con los hallazgos aunque ameritan una profundización analítica⁴.

- El hospitalismo.

Se considera hospitalismo a aquel *"conjunto de evidencias que presenta un paciente, tanto en el orden afectivo como de su vida cotidiana, que determinan una sustitución de los vínculos externos por vínculos desplegados al interior de la institución"* (3). La definición de hospitalismo utilizada ha sido construida a lo largo de sucesivos procesos de investigación en la institución y se apoya en los desarrollos de Spitz (1945)⁵

Este fenómeno es observado en pacientes de larga permanencia que han generado en el Hospital su espacio propio y lo viven como un hogar, no pudiendo restablecer con el espacio extramuros vínculos de continencia. El Hospital brinda los sostenes que posibilitan la subsistencia del sujeto.

Se produce una sustitución de los lazos afectivos familiares por otras figuras que dentro de la institución desempeñan ese rol. Un ejemplo es la enfermera - mamá, que aparece como aquella figura significativa capaz de brindar contención, al tiempo que satisfacción de las necesidades

básicas del sujeto.

A nivel de la vida cotidiana se produce el desentrenamiento en habilidades sociales, citada por Goffman (1994) como desculturización, de modo que la reinserción comunitaria se torna dificultosa. El paciente va perdiendo paulatinamente aprendizajes que le resultaban útiles en su desempeño social, tales como utilizar los medios de transporte público, tender una cama, cocinar alimentos para consumo personal.

La institución va cubriendo las necesidades de modo tal que las energías del sujeto ya no estarán puestas al servicio de proveerse de recursos propios sino más bien en comenzar a participar del mundo institucional, desplegando tácticas que le permiten acomodarse al medio. Se trataría de tácticas de colonización desplegadas por los pacientes *"... el pequeño espécimen del mundo exterior representado por el establecimiento significa para el interno la totalidad del mundo; se construye, pues, una vida relativamente placentera y estable, con el máximo de satisfacción que puede conseguirse dentro de la institución. La experiencia del mundo exterior se utiliza como punto de referencia para demostrar lo deseable que es la vida en el interior..."*. En nota al pie Goffman refiere: *"En los hospitales psiquiátricos suele hablarse en estos casos de curas institucionales, o se dice de los pacientes que adoptan esta actitud, que sufren de hospitalitis"*. (4)

La reversión de este proceso resulta compleja en tanto implica la necesidad de incluir nuevos aprendizajes, incorporando estrategias de mayor autonomía a aquellas que durante largos períodos de tiempo habían servido de apoyo para la vida dentro de la institución.

Finalmente cabe distinguir entre hospitalismo y cronicidad. Mientras el primero refiere a una serie de adaptaciones de orden personal, guiados por una necesidad de adaptación al medio insti-

4 En la actualidad nos hallamos abocados a la tarea de describir con mayor detalle estas diferencias registradas a lo largo de la historia de la institución y que repercuten en el tipo de ingresos predominantes. Se enfoca también el cambio de categorías con que desde el espacio extramuros es señalado el intramuros.

⁵ Ver también Hernanz M. M. y Montoya, B. Las autoras entienden al hospitalismo como aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en las instituciones, caracterizado por apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés hacia objetos o sucesos lejanos, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, aseo, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de que las cosas seguirán como están, sin cambios, indefinidamente. (M. M. Hernanz, 1981 en Hernanz y Montoya:2002)

tucional, la segunda se refiere al proceso social por el cual un sujeto va requiriendo un rol asilar de alguna institución. Este proceso puede desencadenarse por múltiples causas, que pueden ser de orden económico, por ejemplo ante la falta de sostenes externos que posibiliten la externación, de orden afectivo por carencia de familia continente capaz de brindar contención afectiva, de orden psicológico dadas las variables del deterioro y de orden judicial por el criterio de peligrosidad.

Para finalizar cabe mencionar que existen importantes recomendaciones internacionales que luego de remarcar la baja eficacia de los hospitales psiquiátricos como única modalidad de atención, impulsan nuevas modalidades donde la institución psiquiátrica no aparezca como único centro. Sin embargo, que el hospital psiquiátrico mantenga este rol no parece ligarse con su eficacia en la tarea de curar y rehabilitar a quienes presenten padecimientos mentales, sino más bien con un complejo entramado donde lo social, judicial y psicológico se entrelazan en la producción de un fenómeno de múltiples determinaciones, que por tanto requiere de importantes esfuerzos de coordinación intersectorial e interinstitucional para poder abarcar en propuestas de solución toda la complejidad de la problemática que este grupo social plantea.

trica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación", Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, Caracas, Venezuela, 1990.

- Castel, R. (1991), La Dinámica de los procesos de Marginalidad, en Acevedo, M. J. y Volnovich, J.C.: El Espacio Institucional, Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Torres, L. M. (1999), Las Variables Antropológicas de la Cronicidad Psiquiátrica; Mendoza: Secretaría de Investigaciones de la Universidad Nacional de Cuyo.

- Bustelo, E. (1992), Cuesta abajo, Buenos Aires: Unicef Losada.

- Sierra Bravo, R. (1994), Técnicas de Investigación Social, Madrid: Editorial Paraninfo S. A.

- Guber, R. (1991), El Salvaje Metropolitano, Buenos Aires: Legasa.

- Vallejo Ruiloba, J. (1994), Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, México: Salvat.

- Hernanz M. M. y Montoya, B.: Evolución del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Alava en sus 20 años de existencia en www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5502

- Spitz, R. (1945) Citado por Hernanz M.M. y Montoya, B.: Evolución del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Alava en sus 20 años de existencia en www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5502

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Torres, L. M. (1999) Las Variables Antropológicas de la Cronicidad Psiquiátrica; Mendoza: Secretaría de Investigaciones de la Universidad Nacional de Cuyo.

(2) Goffman, E. (1994), Internados, Buenos Aires: Amorrortu Editores.

(3) Idem 1.

(4) Idem 2.

BIBLIOGRAFÍA

- Foucault, M. (1990), Historia de la Locura en la Época Clásica, México: Fondo de Cultura Económica.

- Goffman, E. (1994), Internados, Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- "Reestructuración de la Atención Psiquiá-

Búsqueda activa de casos de sarampión en Rosario, Argentina*.

Active search of measles cases in Rosario, Argentina.

Liborio, Mónica (1); López, Cristina (2); Benegas, Liliana (3); Balparda, Laura (3); Salazar, Ramiro (3); Ercole, María (4), Ternero, María E. (4); Befani, Julio (4); Uboldi, Andrea (5), Vance, Dietz (6)

INTRODUCCIÓN

El Sarampión es responsable de un millón de muertes al año en el mundo y se lo considera como uno de los principales problemas de Salud Pública.

En el año 1990 la "Cumbre Mundial en favor de la Infancia" celebrada en la ciudad de Nueva York (E.E.U.U.), fijó la meta de reducir el número de muertes causadas por sarampión en un 95% y el número de casos en un 90% en comparación con las cifras correspondientes al período anterior a la introducción de la vacuna. (1)

En este contexto, Argentina realizó una campaña de vacunación masiva en 1993. Posteriormente implementó la vigilancia epidemiológica intensificada para Enfermedades Febriles Exantemáticas (E.F.E.). Este sistema definió caso sospechoso de sarampión a todo paciente que presente fiebre, erupción y alguno de los tres catarras: nasal, bronquial u ocular y

establecía la notificación oportuna, confección de una ficha epidemiológica, tomar muestra de suero y realizar acciones de bloqueo con vacuna antisaram-pionosa a todos los contactos del caso. Se observó, a partir de ese año, un decrecimiento de la notificación de casos (2).

En 1994 la OPS / OMS resolvió adoptar la meta de erradicación de esta enfermedad para el año 2000 (3) en toda la región de las Américas.

A pesar de las acciones implementadas, a fines de la década del 90¹, ocurrieron brotes epidémicos en distintos países de la región de las Américas. "En el año 1997 se presentaron 52.284 casos confirmados en Brasil, especialmente en la ciudad de San Pablo, de los cuales el 71 % correspondieron a mayores de 20 años y se produjeron 61 muertes" (4).

A partir de la semana epidemiológica¹ 30 de ese mismo año comenzó la epidemia de sarampión en la Argentina, con 121 casos confirmados por

* El presente trabajo recibió subsidio de OPS/OMS para su ejecución

(1) Directora del Sistema Municipal de Epidemiología, Sec. de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Email: mlibori0@rosario.gov.ar

(2) Directora del Sistema Municipal de Epidemiología, Sec. de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Email: mlibori0@rosario.gov.ar

(3) Personal del Sistema Municipal de Epidemiología - Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.

(4) Personal de Epidemiología. Zona VIII. Ministerio de Salud y Medio Ambiente - Provincia de Santa Fe.

(5) Responsable del Área de Inmunizaciones - Secretaría de Salud Pública - Municipalidad de Rosario

(6) Asesor de OPS/OMS

¹Se define una semana epidemiológica desde las 0 horas del día domingo hasta las 24 hs. del día sábado siguiente.

laboratorio en tres jurisdicciones (Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires y Misiones). *"Desde la semana 1 de 1998, la incidencia de casos continuó en franco ascenso, involucrando paulatinamente a la mayoría de las provincias, y presentando su máxima expresión hacia las semanas epidemiológicas 34-35. Durante este año se registraron 10.229 casos confirmados por laboratorio y 55 muertes. Los grupos más afectados fueron los menores de 1 año (34,2%) y se presentó una elevada proporción (20,7%) en adultos jóvenes (de 20 a 45 años)"* (5). El virus circulante en esta epidemia pertenecía al mismo grupo (D6) de los casos registrados en Brasil.

En la Provincia de Santa Fe se notificaron 56 casos (0,7% del total del país) de los cuales 21 se produjeron en la ciudad de Rosario (38,2% del total provincial) (6). No obstante, en Rosario, se denunciaron al sistema de vigilancia 311 casos sospechosos que se presentaron a lo largo de 14 semanas a partir de la semana epidemiológica número 33. En el siguiente año ocurrieron 9 casos y 3 de ellos en Rosario (7).

Cabe destacar que Rosario, se encuentra a 300km de Capital Federal (Buenos Aires) con la cual existe un fuerte vínculo por los frecuentes desplazamientos humanos. Es polo de migraciones tanto internas como de países vecinos, especialmente de Bolivia, Perú, Paraguay y Brasil. Con estos últimos se produce, además, un intercambio comercial y turístico, que ponen en evidencia una situación epidemiológica de riesgo por el aporte permanente de susceptibles y/o enfermos. Es una ciudad de aproximadamente 1 millón de habitantes, distribuidos en 179 km² (5586 hab/km²) de los cuales aproximadamente 150 mil viven en villas de emergencia y son en su amplia mayoría, familias con Necesidades Básicas Insatisfechas (8).

Esta situación plantea la existencia de diferentes condiciones de vida que implicarían, además, distintas formas de percibir y utilizar el sistema de salud.

Este sistema está conformado por 9 hospitales públicos, 81 centros de salud que funcionan según la Estrategia de Atención Primaria, red de laboratorios, vacunatorios oficiales y privados, instituciones privadas y de obras sociales.

Al sistema de vigilancia epidemiológica para E.F.E., dependiente del Sistema Nacional de

Vigilancia Epidemiológica (SI.NA.VE.), adhieren la totalidad de los efectores públicos, constituyendo el sector privado de salud un área silenciosa a los efectos de la notificación, por lo que una evaluación de la sensibilidad permitía conocer el grado de alerta que posee el sistema y es decir si responde rápidamente frente a la aparición de casos.

Ante este contexto, las autoridades de salud provinciales y municipales de la ciudad con el asesoramiento técnico de OPS/OMS decidieron realizar la Búsqueda Activa de casos de Sarampión (BA) en la ciudad de Rosario.

OBJETIVOS

- Evaluar la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica en efectores públicos y privados de la ciudad.
- Determinar si existe la circulación del virus del sarampión en la población.

METODOLOGÍA

La Búsqueda Activa consistió en identificar casos sospechosos de sarampión para determinar si éstos fueron notificados al sistema de vigilancia para establecer su sensibilidad. Se entiende por sensibilidad a la valoración de casos encontrados en Búsqueda Activa en relación a los notificados previamente al sistema y de esta forma analizar la capacidad predictiva y de respuesta del Sistema.

En la etapa preparatoria se efectuaron reuniones con las autoridades de salud y los equipos técnicos de los departamentos de Epidemiología Provincial y Municipal para establecer los objetivos, fijar las actividades y definir la fecha de ejecución de la investigación.

Se identificaron y listaron todas las instituciones prestadoras de salud y se incluyeron todos los hospitales públicos, privados y de obra social, consultorios médicos particulares, servicios de emergencia médica y laboratorios. Los contactos con las mencionadas instituciones se realizaron a través de notas y entrevistas para lograr la adhesión a la actividad programada.

Se definió por **Caso de Búsqueda Activa (BA)** a aquellos individuos que presentaron en

algún momento de su evolución **exantema y fiebre**, y que en el registro figuraban estas expresiones o rubéola, 5ta enfermedad (parvovirus B19), 6ta enfermedad (herpes 6), enterovirus, escarlatina, mononucleosis infecciosa, síndrome de Kawasaki, eritema polimorfo o dengue.

Asimismo se incluyeron aquellos diagnósticos en los cuales el signo fiebre estaba acompañado de erupción, rash, exantema, reacción exantemática, erupción o exantema rubeoliforme, máculo eritematoso o exantema petequeal.

Este amplio listado permitió a los buscadores recabar datos de todos los "probables casos" y otorgar una mayor sensibilidad a la búsqueda con menor probabilidad de error por omisión de casos.

Para la actividad en terreno se entrenaron a 30 buscadores, seleccionados entre los alumnos de los últimos años de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, previo acuerdo con las autoridades de la misma. La capacitación consistió en reuniones (cinco) a cargo de los profesionales que actuaron como coordinadores, donde se reflexionó sobre los objetivos, se fijaron los criterios de selección, se brindó información sobre la enfermedad a investigar y se entrenó en el manejo de búsqueda del dato y volcado de los mismos.

Los coordinadores (médicos pediatras, infectólogos, generalistas y epidemiólogos), tuvieron a su cargo las visitas a las instituciones de salud para establecer los contactos, el monitoreo de las actividades de los buscadores y supervisión de los diagnósticos clasificados como **Búsqueda Activa** para detectar los casos sospechosos.

Se tomó como mes de referencia "Agosto de 2000" y la tarea de BA se llevó a cabo en el período comprendido entre el 1º de septiembre al 6 de octubre de ese año.

La labor en los efectores públicos, privados y de obra social, consistió en la revisión de los diagnósticos de consultantes a los servicios de guardia externa, clínica médica, medicina general, pediatría, dermatología e infectología que figuraban en los registros. Con respecto a los consultorios particulares se seleccionaron los de pediatría.

La información relevada en cada institución fue: nombre de la misma, domicilio, servicio, total de diagnósticos revisados y total de casos de búsqueda activa.

Cada caso de BA fue asentado en otra ficha ad-hoc donde se registró el nombre y apellido del paciente, domicilio, edad, institución, tipo de registro en el que se halló el diagnóstico y las actuaciones médicas efectuadas.

Teniendo en cuenta que el diagnóstico de sarampión posee tres soportes: clínico, epidemio-lógico y de laboratorio se recabó, además, información en laboratorios privados donde se realizó la serología específica.

RESULTADOS

Se listaron 243 instituciones de las cuales se tuvo acceso a 193 (79.4%): el 100% de las públicas y el 69.7% de las privadas. Esta situación se debió a diferentes motivos: falta de respuesta al compromiso asumido y/o negativa a participar al percibirse este trabajo como una auditoria médica (Cuadro 1).

Cuadro 1: Distribución de las instituciones de salud registradas y revisadas según dependencia. Rosario, agosto 2000.

Dependencia	Registradas	Revisadas	
	Nº	Nº	%
Pública Prov. y Municipal	78	78	100
Privadas - Obra Social	165	115	69.7
TOTAL	243	193	79.4

De las 193 instituciones revisadas se evaluaron un total de 196.429 registros (Cuadro 2).

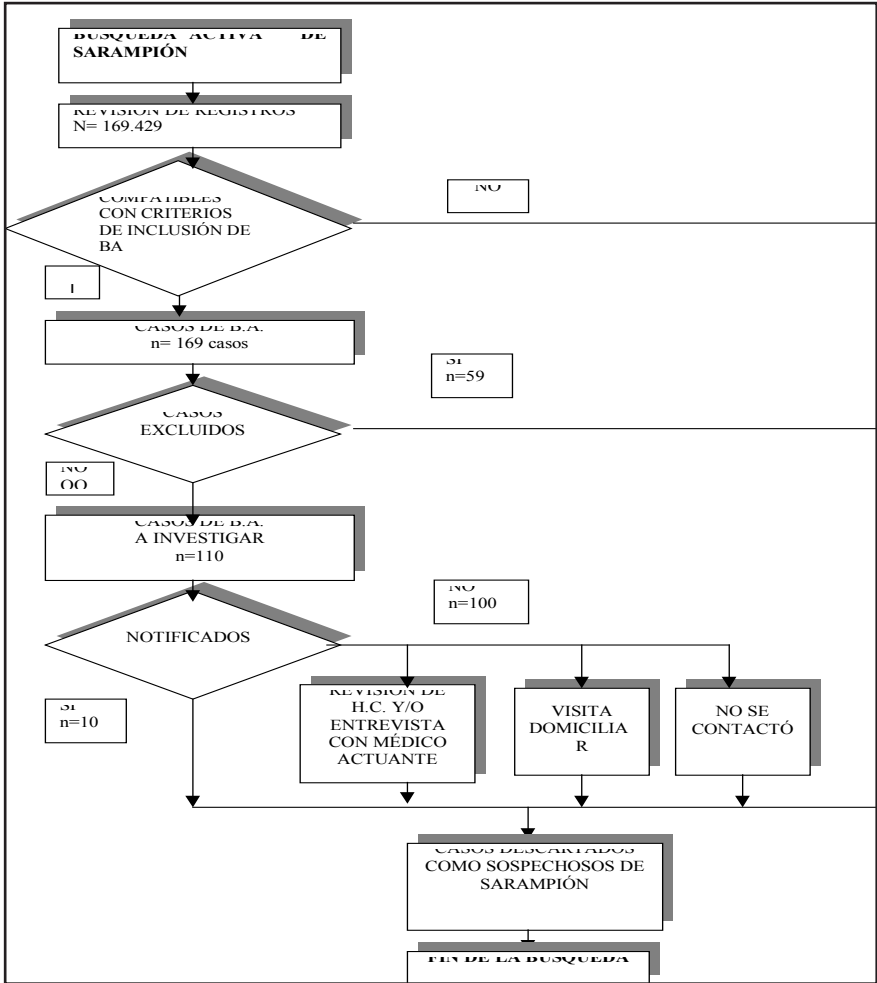
En los mismos se encontraron 169 casos que podían ser incluidos en los criterios de "búsqueda activa", donde se siguió el algoritmo que consta en la Figura 1.

De los 169 casos de búsqueda activa se efectuó una primera exclusión (n=59 casos) al interpretar con el profesional actuante -en su mayoría pediatras- que los diagnósticos consignados no ofrecían dudas, por lo tanto no podían

Cuadro 2 : Distribución de los registros revisados y casos de búsqueda activa de sarampión según tipo de efector.

Tipo de efector	Cant. de registros revisados	Casos de búsqueda activa
Hospital Público	66.584	54
Centro de Salud Público	55.429	24
Servicio de Emergencia	37.906	74
Hospital y Sanatorio Privado	15.591	10
Centro, Obra Social y Consultorio Privado	20.919	7
TOTAL	196.429	169

Figura 1: Algoritmo para la detección de casos de sarampión en búsqueda activa.



considerarse sospechosos de sarampión (Cuadro 3), para concentrar la mirada o "focalizar" el estudio en el grupo de 110 casos que acreditaban mayor probabilidad de sospecha de sarampión.

Cuadro 3: Casos de búsqueda activa excluidos según diagnóstico.

Diagnóstico	Casos de BA excluidos	Porcentaje
Escarlatina	31	52,5
Mononucleosis	3	5,1
Rubéola	4	6,8
6ta Enfermedad	21	35,6
TOTAL	59	100,0

En el Cuadro 4 se observa que el 62,12% de los registros revisados correspondieron al sector público con una tasa de 4,4 casos de BA por cada 10.000 registros revisados. En cambio en el sector privado esta tasa alcanzó un valor de 7,5.

Cuadro 4: Tasa de casos de b.a. de sarampión por c/10000 registros revisados.

Subsector	Cant. de registros revisados	Casos de BA de sarampión	Tasa por 10.000
Público	122.013 (62,12)	54	4,4
Privado	74.416 (37,88)	56	7,5
TOTAL	196.429 (100%)	110	5,6

Además se analizó la distribución de frecuencias por edad de estos casos. La mayor frecuencia se ubicó en el grupo etáreo de 1 a 5 años, acumulando, los niños de 5 años y menos el 63.6% del total (Cuadro 5)

Cuadro 5: Distribución de los casos de B.A. de sarampión según edad

Edad	Casos de BA de sarampión	Porcentaje
Menos de 1 año	26	23,6
1 a 5 años	44	40,0
6 a 15 años	28	25,4
16 y más años	7	6,4
Se desconoce	5	4,6
TOTAL	110	100

En estos 110 casos, se realizaron distintas intervenciones: revisión de las historias clínicas, entrevistas a los profesionales actuantes y visitas domiciliarias, además de verificar la notificación al sistema (Cuadro 6).

Cuadro 6: Distribución de los casos de BA de sarampión según acciones realizadas.

Acciones realizadas	Cantidad de casos de BA de sarampión	Porcentaje
Revisión de historias clínicas y entrevistas al médico tratante	83	75,4
Notificación	10	9,1
Visita domic.	7	6,4
No se contactó	10	9,1
TOTAL	110	100,0

Se halló que 10 casos (9,1%), habían sido notificados oportunamente al SINAVE y que se habían realizado las acciones correspondientes a cada uno: confección de la ficha epidemiológica, extracción de muestra de suero y las acciones de bloqueo con vacuna antisarampionosa a todo contacto. De estas notificaciones el resultado de laboratorio fue negativo para sarampión.

Ochenta y tres casos registrados como exantemas febriles (75,4%) fueron analizados a través de las revisiones de historias clínicas, informes de laboratorio de rutina y, entrevista al médico tratante lo que permitió descartarlos como sospechosos de sarampión.

Posteriormente, en 7 casos (6,4%) en los que la historia clínica no aportaba suficiente información y no existió la posibilidad de consultar al médico tratante, se realizó la visita domiciliar. Mediante la entrevista con el paciente y con los familiares convivientes se constató, sea por el tratamiento instituido, por la evolución del cuadro y por ausencia de nexo epidemiológico que no habían padecido sarampión. Dos de éstos estaban registrados con diagnóstico de Sarampión (uno en un hospital público y otro en un servicio de emergencias domiciliarias) y no correspondió ingresarlos al sistema de notificación, porque las acciones de la B. A. posibilitaron su exclusión al comprobar que, en un caso se trató de un error en la transcripción del diagnóstico y en el otro, una reacción urticariana producida por ingesta de pescado. No obstante, sin las acciones que desencadenó la Búsqueda Activa, estos diagnósticos tendrían que haber ingresado al sistema de vigilancia oportunamente lo que constituyó una subnotificación. A partir de estos hallazgos se intervino para sensibilizar a los actores e intensificar la vigilancia.

El 9,1% (10 casos) no pudo ser contactado por desconocer los domicilios o no poseer datos identificatorios claros o completos. Ninguno de estos registros expresaba todos los criterios que definen un caso sospechoso de sarampión.

DISCUSIÓN

La Búsqueda Activa de Sarampión se realizó en la mayoría de las Instituciones de Salud de la ciudad y si bien la cobertura alcanzada fue satisfactoria, el grado de participación y adhesión logrados por los sectores convocados resultó desigual. Se destaca que los equipos de salud de los Hospitales Públicos y Servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) fueron los que mayor colaboración prestaron en el estudio. Esto se corresponde con lo que históricamente sucede en nuestro medio, para este tipo de actividades relacionadas a problemas de Salud Pública. Sin embargo, debemos señalar que los servicios privados de salud que participaron lo hicieron con igual compromiso que el sector público.

La revisión de los registros constituyó el primer obstáculo del proceso de búsqueda ya

que los mismos poseían inexactitudes, errores o dificultades para la comprensión o lectura.

En cuanto a la tasa de casos registrados y clasificados como de Búsqueda Activa de Sarampión, llamó la atención que en el sector privado fue francamente más elevada que la del sector público, lo que pone de manifiesto la necesidad de promover las actividades de Vigilancia Epidemiológica, y una mayor sensibilización para la oportuna notificación y las acciones que ésta desencadena.

Luego del análisis de todos los casos de BA se concluyó que ninguno de ellos había padecido la enfermedad por lo que podría valorarse que el Sistema de Vigilancia posee un grado de sensibilidad aceptable y que hasta el momento no existe circulación del virus de sarampión en la población.

Los siguientes factores se podrían mencionar como responsables de la ausencia de sarampión en la ciudad:

1) Las acciones de vigilancia y bloqueo que se vienen llevando a cabo en la ciudad, frente a los casos sospechosos. Se debe destacar la articulación de los servicios de salud dependientes de ambas administraciones públicas garantizando las actividades en terreno lo que evita la superposición y duplicidad de esfuerzos.

2) Las reiteradas "campañas focalizadas de vacunación" en áreas consideradas críticas o de riesgo, que tuvieron éxito según los hallazgos descriptos por otros autores (9).

3) La accesibilidad a los servicios de vacunación por parte de la comunidad ofrecida por la estrategia de A.P.S. y la extensión de la vacunación al personal de salud (10), maestros y trabajadores del transporte de larga distancia entre otras.

Estas acciones se enmarcan dentro de las recomendaciones de OPS/OMS (11) donde se señalan a los programas agresivos de vacunación como el instrumento más idóneo para interrumpir la transmisión del virus y donde se plantea que los nuevos casos aparecerán causados por virus importados.

Agradecimiento: Se agradece al Sr. Juan Sierra su labor como coordinador de Buscadores y sus aportes para el trabajo en terreno.

BIBLIOGRAFÍA

1- OPS/OMS. Erradicación del sarampión en Guía Práctica. Cuaderno Técnico N° 41.

2- Salazar, R. (2002) Sarampión en Rosario. Tesis para acceder al título de especialista en Epidemiología. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Rosario.

3- MMWR. (2000). Progress Toward Interrupting Indigenous Measles Transmission. Region of the Americas, January 1999. 49 (43): 986-990.

4- OPS/OMS. (2000). Boletín Epidemiológico OPS 21 (4): 11.

5- SI.NA.VE. (1998). Boletín Epidemiológico Nacional. Pág. 10.

6- Ibídem.

7- SI.NA.VE. (1999). Boletín Epidemiológico Nacional. Pág. 15.

8- Dirección General de Estadística. Municipalidad de Rosario. Informe Estadístico (2000).

9- Da Costa Oliveira, M. T. et al. (1998). Resurgimiento de la epidemia de Sarampión: situación de Mina Gerais, Brasil. Rev. Panam Salud Pública 4 (4): 252-257.

10- Biellik, R. J. et al. (1998). Estrategias para reducir a un mínimo la transmisión nosocomial de Sarampión. Rev. Panam Salud Pública 4 (5): 350-357.

11- OPS/OMS. (2000). Measles eradication may be near in the America. The Lancet.

Normas de Publicación

1.- Secciones:

La Revista contempla las siguientes posibilidades de publicación:

- *Editoriales:* posiciones personales sobre temas de actualidad.

- *Artículos originales:* trabajos de investigación originales en el campo epidemiológico y de servicios de salud.

- *Comunicaciones breves:* informes preliminares de trabajos de investigación en curso, experiencias de campo, etc., que por la temática y/o la metodología de abordaje puedan aportar a una reflexión crítica del proceso de gestión en el Sistema de Salud.

- *Relatos de experiencias:* informes sobre proyectos de intervención/acción dirigidos a la promoción o prevención de la salud, gestión o asistencia a pacientes o a la comunidad, en el marco de las actuales concepciones en salud pública, nuevos modelos de organización de la asistencia, etc.

- *Revisiones y/o actualizaciones:* sobre enfoques y/o avances científicos y tecnológicos con amplias referencias bibliográficas.

- *Opiniones:* opiniones calificadas sobre tópicos específicos en salud pública.

- *Información:* sobre cursos, jornadas, congresos nacionales e internacionales relacionados con la temática de la salud y listados de tesis/tesinas aprobadas en el lapso de las publicaciones.

- *Cartas al Comité Editorial:* notas cortas conteniendo posiciones críticas u observaciones teórico-conceptuales, de campo o laboratorio, etc. a artículos publicados en ediciones anteriores de la revista.

2.- Normas generales de publicación.

La presentación de trabajos se ajustará a las siguientes pautas generales:

- Original y dos copias, escritos con procesador de texto a doble espacio (Word) y diskette correspondiente.

- Idiomas: castellano o portugués. Resumen, cuando corresponda, en el idioma del artículo y en inglés (summary).

- Portada: incluirá el título del trabajo, nombres y apellidos completos del/los autor/es.

Al pie, con asterisco identificador, perfil profesional del investigador principal e institución en que se realizó el trabajo. Indicar además, dirección / teléfono/ fax / E-mail para dirigir la correspondencia; por defecto serán incluidos en la publicación de no mediar indicación en contrario.

Señalar, también, la referencia correspondiente si el trabajo fue publicado previamente.

Finalmente, indicar las palabras claves en número de 5 como máximo.

- Bibliografía: La bibliografía correspondiente a todo tipo de sección será presentada en hoja aparte. Las citas serán numeradas por orden de aparición en el texto e incluirán todos los auto-

res cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et al. Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo empleado en Index Medicus. En el texto, las citas serán mencionadas por sus números entre paréntesis y en el diskette por superíndices. En la lista de referencias, las revistas, los libros y los capítulos de libros, serán presentados de acuerdo a los siguientes ejemplos:

a) Referencia de una Revista:

Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J. Public Health 1998; 3 (3): 188-196.

b) Referencia de un libro:

Capowski JJ. Computer techniques in neuroanatomy. New York: Plenum Press, 1989.

c) Referencia del capítulo de un libro:

Laurell, A.C. Impacto das políticas sociais e económicas nos perfis epidemiológicos. En: Barradas Barata, R.; Lima Barreto, M.; Almeida Filho, N.; et al, editores. Equidade e Saúde. Contribuições da Epidemiologia. Serie Epidemiologica, Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ABRASCO, 1997.

Las referencias deberán ser verificadas por los autores en base a los documentos originales, evitando en lo posible las citas representadas por comunicaciones o resúmenes.

- Agradecimientos: Cuando corresponda mencionar Agradecimientos, su ubicación precederá a la bibliografía; si cabe se citarán: a) contribuciones que no lleguen a justificar una autoría; b) reconocimientos por ayuda técnica; c) aportes financieros.

En caso de mención de nombres por asesoramiento, provisión de datos, revisión crítica, etc., los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas, dado que el lector podría inferir su acuerdo con los propósitos, resultados y conclusiones del trabajo.

2.1- Artículos originales

Cada componente del informe deberá presentarse en página aparte manteniendo el siguiente orden:

a) *Portada*: siguiendo las normas generales

b) *Resumen*: en castellano o portugués según sea el idioma de la presentación y summary en

inglés, no excediendo las 250 palabras. Deberán incluir sintéticamente los aspectos que se detallan en el informe, a saber: introducción con sus objetivos, metodología, resultados y discusión y/o conclusiones.

Al pie de ambos resúmenes (castellano e inglés) deberán figurar las palabras clave (máximo 5).

c) *Desarrollo del informe*: Siguiendo las pautas generales para la presentación de trabajos, no deberá exceder de veinte (20) páginas tamaño A4, incluyendo el detalle de los capítulos centrales mencionados para el resumen y summary es decir: introducción con sus objetivos, metodología, resultados, discusión y/o conclusiones, aportes y contribuciones.

Se aceptará el empleo de abreviaturas de uso universal, como las unidades de medida y tal como ellas deben expresarse, así como otras formuladas a criterios del autor. Estas últimas serán indicadas inicialmente entre paréntesis, al momento en que por primera vez las palabras de referencia son mencionadas en el texto.

d) *Bibliografía*: de acuerdo con las pautas establecidas en general para la presentación de trabajos.

e) *Ilustraciones*: Comprende la presentación de tablas, gráficos, dibujos y fotografías para expresar más objetivamente ciertos aspectos/resultados significativos del texto, no constituyendo una repetición de lo presentado en el mismo. Se aceptará como máximo un total de ocho (8) tablas y/o gráficos y hasta tres (3) fotografías. Dado que las tablas, gráficos y fotografías serán presentados en anexos, en el desarrollo del informe se deberá indicar, con espacios en blanco, el lugar más apropiado para la inserción de los mismos.

Cada una de las formas de ilustración utilizadas deberá tener una numeración correlativa, expresada en números arábigos. Los títulos serán consignados en la parte superior, en tanto que al pie se indicarán la fuente de información, si ésta no es original del trabajo, las abreviaturas, unidades de medida y otras aclaraciones posibles.

Las Figuras (gráficos o dibujos, fotografías en blanco y negro) han de emitir una reproducción adecuada y serán numeradas correlativamente con una inscripción al dorso que permita identificarlas y una leyenda explicativa en hoja aparte. Las microfotografías han de incluir un marcador

representado por una escala interna; además, los símbolos, flechas o letras que eventualmente se empleen, deberán contrastar debidamente con el fondo. Indicar el software de PC utilizado para la elaboración de tablas, gráficos y fotografías.

g) Agradecimientos: si los hubiere, de acuerdo a lo explicitado en normas generales.

2.2 - Comunicaciones breves

La presentación deberá incluir

a) Portada: siguiendo las normas generales, haciendo mención si el trabajo fue presentado en eventos científicos (Congresos, Jornadas, etc.)

b) Desarrollo del informe: Con una extensión no mayor a ocho (8) páginas éste deberá contener,

- Una introducción con los fundamentos teórico-conceptuales que impulsan el trabajo y el marco contextual de aplicación

- Un desarrollo con objetivos, elementos metodológicos y operativos, resultados y conclusiones preliminares derivados de la experiencia. Se incluirá un máximo de 3 tablas o gráficos, los que se adjuntarán en anexo, indicando el lugar del texto en que se hace referencia a los mismos y siguiendo pautas similares a las mencionadas en e) para Artículos Originales.

- La bibliografía será citada de acuerdo a las normas generales requeridas para los Artículos Originales, con un máximo de 15 referencias bibliográficas.

2.3 - Relatos de experiencias

Con una extensión máxima de 6 páginas, el informe deberá consignar:

a) Portada: siguiendo las normas generales

b) Desarrollo del informe: constará de una introducción con fundamentos teórico-conceptuales, contexto de aplicación, objetivos, elementos operativos y un cierre con reflexiones, conclusiones o recomendaciones preliminares de la experiencia.

c) Bibliografía: seguir las normas generales.

2.4 - Revisiones y/o actualizaciones

Para la presentación de estos trabajos se considera una portada de iguales características que la de los Artículos Originales, con apartados de introducción, desarrollo de los diferentes aspectos del tema y, si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, uno final de discusión.

El texto tendrá una extensión máxima de quince (15) páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa posible, según las características del tema particular. No se requieren palabras claves ni resumen.

2.5 - Cartas al editor

Estarán referidas a artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Deberán elaborarse siguiendo las pautas generales para la presentación de trabajos, procurando que no tengan una extensión mayor a cuatro (4) páginas, ni exceder cinco (5) citas bibliográficas.

3.- Selección de los trabajos.

Los artículos serán evaluados en forma anónima por miembros del Comité Asesor Científico, quienes a su vez permanecerán anónimos. Ellos informarán al Comité Editorial sobre la conveniencia o no de la publicación de los artículos, como también sugerir algunas revisiones del texto, referencias bibliográficas, etc.

El Comité Editorial se reservará el derecho de rechazar trabajos que no se ajusten estrictamente a las normas señaladas o que no posean el nivel de calidad mínimo exigible con la jerarquía de la publicación. En estos casos los artículos serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo, en los casos en que se estime conveniente, por razones de diagramación o espacio, los artículos podrán ser publicados en forma de resúmenes, previa autorización de los autores.

La responsabilidad de los contenidos, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponderá exclusivamente a los autores. La revista no se responsabilizará tampoco por la pérdida de material enviado. No se devolverán los originales una vez publicados.

Investigación en Salud

Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal

Vol. 5 - Nº 1 y 2 - Rosario , Enero - Diciembre de 2002

Comité Editorial

Editora

Zulema C. Torres de Quinteros

Editora Asistente

Mónica M. Liborio

Editores Asociados

Alicia Aronna

Adriana Huerta

Dora Mantello

Beatriz Martinelli

Juan Carlos Paradiso

Alicia Rodríguez

Secretario

Fernando H. Baccelliere

Asesores Científicos

BELMARTINO, Susana

(Argentina)

BONAZZOLA, Pablo

(Argentina)

BRICEÑO LEON, Roberto

(Venezuela)

BRONFMAN PERTZOVSKY, Mario N.

(México)

CALABRESE, Alberto E. S.

(Argentina)

CARROLI, Guillermo

(Argentina)

CASSANHO FORSTER, Aldaisa

(Brasil)

COHN, Amelia

(Brasil)

COIMBRA, Carlos E. A. (Jr.)

(Brasil)

DE MENDOZA, Diego

(Argentina)

DE SOUSA CAMPOS, Gastao W.

(Brasil)

FORNI, Floreal

(Argentina)

FRANCO AGUDELO, Saúl

(Colombia)

FUKS SADOVSKY, Saúl I.

(Argentina)

GALENDE, Emiliano

(Argentina)

GOLDBAUM, Moisés

(Brasil)

HABICHAYN, Hilda

(Argentina)

KORNBLIT, Ana L.

(Argentina)

KOIFMAN, Sergio

(Brasil)

LATTES, Alfredo E.

(Argentina)

LEDE , Roberto L.	(Argentina)
LITVOC , Julio	(Brasil)
MENDEZ DOMINGUEZ , Alfredo A.	(Guatemala)
MENENDEZ SPINA , Eduardo L.	(México)
MENIN , Ovide	(Argentina)
ONOCKO , Rosana	(Brasil)
PANTELIDES , Edith A.	(Argentina)
PROIETTI , Fernando A.	(Brasil)
ROHLFS BARBOSA , Izabella	(España)
RUFFINO NETTO , Antonio	(Brasil)
SANCHEZ CABACO , Antonio	(España)
SANTHIA , Miguel A.	(Argentina)
SCHAPIRA , Marta V.	(Argentina)
STOLKINER , Alicia I.	(Argentina)
TAVANO , Beatriz	(Argentina)
ZALDUA , Graciela	(Argentina)

Propietaria

Secretaría de Salud Pública / Municipalidad de Rosario

Director

Dr. Miguel A. Capiello

Impreso en Argentina / Printed in Argentina

UNR Editora. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.

Cantidad de ejemplares: 500

Edición: Noviembre de 2003

Diseño: **Silvia Armentano / Secretaría de Salud Pública Municipal**

Impreso en Talleres Gráficos FERVIL, Santa Fe 3316, Rosario

ISSN: 1667-8044

Dr. Hermes J. Binner

Intendente Municipal

Dr. Miguel A. Capiello

Secretario de Salud Pública

Dr. Mario Drisun

Subsecretario de Salud Pública

Dra. Zulema C. Torres de Quinteros

Coordinadora Area Investigación en Salud

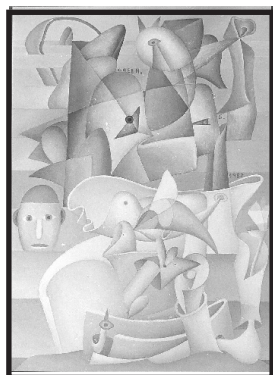
Comité Coordinador del Area Investigación en Salud

Representantes de:

- Comités de Docencia e Investigación de los efectores de salud municipales.
- Direcciones y Areas del nivel central de la Secretaría de Salud Pública
- Programas municipales especiales de la Secretaría de Salud Pública.



Secretaría de Salud Pública **Municipalidad de Rosario**



VSKUYW - 1990

Juan Grela (1914 - 1992)

Oleo - 67,5 x 98 cm

Colección Privada

Juan Grela, artista y hombre cuya obra de arte *"fue entregarse heroicamente a una vocación por amor y sin pensar, ni calcular otros dividendos de los que surjan de ese amor"*.

Nació en la Provincia de Tucumán y a los diez años se radicó en la ciudad de Rosario donde residió hasta su muerte. Él mismo identificó su inicio entre 1932 - 1934, *"en esta época existió en mí, un interés por pintar al aire libre... no sé por qué lo que pinté entonces tiene relación con el impresionismo"*.

En 1935 comienza a formar parte de la Mutualidad de Estudiantes y Artistas Plásticos de la ciudad dirigida por Antonio Berni, quien fue su maestro en pintura y José Planas Casas y Gustavo Cochet sus maestros en grabado. Esta entidad fue el germen de la Escuela de Bellas Artes de la Provincia, pensada con el objetivo de "la creación de un arte nuevo para la construcción de una sociedad futura". Cronológicamente el primer retrato que pinta Grela es hacia fines de 1939. Pero la obra más intensa se ve surgir en el período 1942-1943. En esta etapa además colabora con la formación de la Agrupación de Plásticos independientes que deja de existir en 1945.

En 1948 se forma la agrupación más importante de Rosario el "Grupo Litoral", reconocido a nivel nacional, del cual formó parte. Este grupo se dedicó al estudio de los complejos problemas del arte moderno y se propuso no sólo problemas estéticos sino también sociológicos y de la enseñanza del arte. El grupo hace su última y espléndida exposición en Buenos Aires en 1958.

Hacia 1961, Grela se define en el ejercicio total de su arte tanto en la pintura como en el grabado. Un aspecto a destacar es su auténtica pasión por la enseñanza según las palabras de Slullitel¹ - *"a su lado se están formando jóvenes prometedores para nuestra plástica"*.

Con Grela se pudo comenzar a desentrañar la complejidad de los procesos culturales, sociales y políticos de la ciudad, es por ello que a partir de su vida - obra se puede recorrer el proceso de renovación artística de los artistas plásticos rosarinos. Se convirtió en un paradigma del artista cambiante, fiel a sí mismo y atento a las transformaciones de su siglo. En estas versiones de lo moderno expresó su pensamiento y su sensibilidad.

En su última etapa Grela crea una pintura ingenua y sabia. Se plantea la búsqueda difícil de la sencillez, de símbolos y signos de un lenguaje con poder de comunicación para toda la sociedad.

Agradecemos a la Familia de Juan Grela el permitirnos reproducir esta Obra.

¹ Dr. Isidoro Slullitel, uno de los más importantes mecenas que ha tenido la ciudad de Rosario.